

健康保険 被保険者 家 族 出産育児一時金 内払金支払請求書 差額請求書

被 保 險 者 が 記 入 す る と こ ろ	(1) 被保険者証 記号と番号	(記号) (番号)	(2) 被保険者 (請求者)の 氏名と印	(3) 印	
	(4) 被保険者 (請求者)の住所	TEL ()			
	(5) 事業所の名称	(6) 事業所の 所在地			
	家族が出産した ための請求である ときはその者の	(7) 氏名	(8) 生年月日	昭和 平成	年 月 日 生
	(9) 出産した年月日	平成	年 月 日	(10) 出産児数 人	(11) 死産児数 人
				(12) 死産の時 はその旨	(13) 妊娠 経過期間 週
	出産した 医療機関等	(14) 名称	(15) 所在地		
	(16) 出生児の氏名 (多胎の場合は連記してください)	(17) 被保険者から みた出生児の続柄		(18) 出生児が被保 険者の被扶養者で	ある・ない
	(19) 被保険者が出産 した場合 (どちらかに○印 をつけてください)	該当する支給要件はどちらですか ア：被保険者期間中の出産 イ：資格喪失後6ヶ月以内の出産（資格喪失後 加入している保険者（協会けんぽ・健保組合 等）を下欄(21)～(24)に記入してください）		(20) 家族(被扶養者)が 出産した場合 (どちらかに○印を つけてください)	家族があなたの被扶養者になった時期 ア：出産の日より6ヶ月以上前 イ：その他（出産者があなたの被扶養者とな る前に加入していた保険者を下欄(21)～ (24)に記入してください）
	(21) 保険者（協会けんぽ・健保組合等）	(22) (21)の連絡先	(23) 被保険者氏名	(24) 被保険者証の記号・番号	

※ 在職中の方は、事業所への振込みとなりますので、事業所の健保口座名義人へ受取りを委任してください。

委 任 状	私は下記の者を代理人と定め、出産育児一時金の受領方を委任します。		平成 年 月 日 提出
	被保険者 住所	〔(3)と同じ印〕	東日本プラスチック健康保険組合 受付日付印
	(請求者) 氏名	印	
代理人 事業所名	所在地	印	
	氏名		

※ 下欄は、会社を退職した方のみご記入ください。

支払金融機関				銀行 金庫			本店 支店	出張所 営業所
	預金 種別	1.普通 2.当座	口座 番号		口座 名義			

添付書類

① 医療機関等から交付される出産費用の領収・明細書の写し

※領収・明細書には、医療機関等が支払機関に提出する「専用請求書の内容と相違ない旨」の記載および「産科医療補償制度の対象分娩であることを証明する所定の印」が押印(該当する場合)されています。

② 医療機関等から交付される直接支払制度に係る代理契約に関する文書の写し

※出産日が当健保組合に加入してから6か月以内の場合は、必ず添付してください。代理契約に関する文書には、「代理契約を医療機関等と締結している旨」および申請先となる「保険者(健保組合等)名」が記載されています。

※この用紙は、直接支払制度を利用し、出産費用が出産育児一時金等の額を下回る場合に、被保険者等がその差額を健保組合に請求する際用の用紙です。