

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 険 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							
	(3) 被保険者 (請求者)の住所			TEL ()						
	(4) 事業所の名称			(5) 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	(6) 氏名			(7) 生年月日	昭和 平成	年	月	日 生	
	(8) 出産した年月日	令和	年	日	(9) 出産児数	(10) 死産児数	(11) 妊娠 経過期間	週		
	出産した 医療機関等	(12) 名称			(13) 所在地					
	(14) 被保険者が 出産した場合	該当する支給要件はどちらですか (○してください) 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(16)~(19)に記入してください)			(15) 家族(被扶養者) が出産した場合	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(16)~ (19)に記入してください)				
	(16) 保険者(協会けんぽ・健保組合等)	(17) (16)の連絡先			(18) 被保険者氏名	(19) 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。 令和 年 月 日		令和 年 月 日 提出
	被保険者 住所 (請求者) 氏名	東日本プラスチック健康保険組合 受付日付印	
	代理人 事業所名 氏名		

※ 下欄は、会社を退職した方のみご記入ください。(口座登録のため、通帳の写しを添付してください)

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

添付書類

- 医療機関等から交付された費用の内訳が記載された領収・明細書(写し)を添付してください。
また、産科医療補償制度に加入している医療機関等で出産された場合、所定のスタンプの押印されている領収・明細書(写し)を添付してください。
- 出産日が当健保組合に加入してから6ヶ月以内の場合は、医療機関等と交わす直接支払制度合意文書(写し)を添付してください。

※ 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保険者に請求する際の用紙です。