

※支給決定回			支給決定日 平成 年 月 日			
支給額	法定給付	款 項 目	円	常務理事	事務長	担 当
	付加給付	款 項 目	円			
	合 計		円			
		医療機関支給額	円			
	被保険者支給額	円				

直接支払制度利用者用

健康保険 被保険者 家族 出産育児一時金・付加金請求書（差額申請用）

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	被保険者証の記号番号	記号 ○○ 番号 ○○○	被保険者資格取得日	平成 170401	被保険者資格喪失日(喪失後の場合)	平成	年	月	日			
	被保険者氏名 生年月日	フリガナ ケンポ タロウ 健保 太郎	被保険者住所	〒160-0023 〇〇県〇〇市〇〇町1-2-3 ××ハイツ123号								
	昭和・平成	50年1月1日	電話	03 (1234) 5678								
	所属事業所及び部署名	株式会社 健康保険 組合部		電話	03 (1234) 5678							
	被扶養者の分嫡である場合はその者の氏名	健保 花子	被保険者と分嫡する者の続柄	妻	分嫡日	平成	〇	〇	0303	年	月	日
	出生児が被保険者の被扶養者であるかどうか	ある・ない	出生児が被保険者の被扶養者でないときはその理由									
	①資格喪失後、家族の被扶養者となったとき 名・電話番号・記号・番号について			※6ヶ月以内の取得・喪失の異動がある人は、必ず記入してください。 記入がない場合は、支給できません。								
	②被扶養者が出産した日の半年前に被保険者 時の、保険者名・電話番号・記号・番号											
	被保険者に対する支払金融機関の欄	支店番号	銀行 信用金庫 信用組合	本店 支店	預金番号(右づめ)							
	名義人(フリガナ)		※ご記入ください。									

(添付書類) ①、②を必ず添付ください

- ①医療機関から交付された「出産費用の領収・明細書(出産費用の内訳が記載されているもの)」(写)
- ②医療機関から交付された「直接支払制度を利用した」旨の文書(写)

平成 年 月 日提出

受付日付印

エイチ・アイ・エス健康保険組合

問合せ先

エイチ・アイ・エス健康保険組合

〒160-0023東京都新宿区西新宿6-2-18 SKビル9階

TEL03-6872-5511 FAX03-6872-5512