

※支給決定何		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		年		月		日	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		㊟	被保険者住所		〒												
		昭和・平成 年 月 日					電話 ( )												
	所属事業所及び部署名	電話 ( )																	
	被扶養者の分娩である場合はその者の氏名			被保険者と分娩する者の続柄			分娩日	平成		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は、その保険証の保険者名・電話番号・記号・番号について		保険者名		全国健康保険協会 ( ) 支 部														
	②被扶養者が出産した日の半年前に被保険者であった場合は、その当時の、保険者名・電話番号・記号・番号について		電話番号		( ) 国民健康保険														
			記 号		( ) 健康保険組合														
			番 号																
被保険者に対する支払金融機関の欄	銀行 信用金庫 信用組合		本店 支店																
	支店番号		預金番号(右つめ)																
	普通・当座																		
名義人(フリガナ)																			

(添付書類)

- 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