

(直接支払制度利用者用)

健康保険 被保険者 家 族 出産育児一時金差額支払・同付加金請求書

平成29年1月5日

被 保 険 者 等 が 記 入 す る と こ ろ	被保険者証の記号・番号				生年月日																
	9	8	7	-	6	5	4	3	5 和 7 平成	6	1	0	5	0	1						
	被保険者等 (請求者) の氏名		(フリガナ) ケイキ タロウ				事業所の名称		(株)計機健康保険製作所												
	被保険者等 (請求者) の住所		郵便番号 1102-0083				(フリガナ) トウキョウトチヨダクコウジマチ1-8-5		東京都千代田区麹町1-8-5												
	被扶養者が 出産した場 合はその方 の氏名		(フリガナ) ケイキ ハナコ				被扶養者の 生年月日		5 和 7 平成		6	2	0	6	1	5					
出産した 年月日		平成	2	9	0	4	0	1	出生 児数	1	人	死産 児数	0	人	妊 娠 経 過	3	9	週	補 産 科 医 療 制 度	有 無	有 無
備考欄		被保険者証の記号番号に代えてマイナンバーにより申請する場合は、こちらへ記載してください。 (マイナンバーを記載した場合は、個人番号確認、本人確認をするための添付書類が必要です。)																			

振 込 先 口 座	金 融 機 関 を 含 む (ゆう ち よ)	金融機関コード				預 金 種 別	普通 2. 当座 3. 別段 4. 通知	みずほ				銀行 金庫 信組				麹町				本 支 店 出 張 所						
		※						口座番号				1	2	3	4	5	6	7	口座名義				(フリガナ) ケイキ タロウ			

委 任 状 欄	被保険者 (請求者)	本請求に基づく給付金に関する受領を下記の代理人に委任します。 平成 年 月 日															
	受領代理人	氏名														印	
		住所															
		氏名														印	

◎「※」印欄は記入しないでください。

◎被保険者(請求者)の個人口座に振込を希望する場合は委任状欄は不要です。

支給額は以下のとおりです。

①差 額 出産育児一時金と医療機関等に対する直接支払額との差
(直接支払額 < 出産育児一時金の場合)

②付加金 被保険者: 26,000円
被扶養者: 16,000円

既に、出産育児一時金・同付加金請求書をご提出の方は、当該請求書による申請はできません。

受 付 年 月 日