

(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	日
	被保険者等(請求者)の氏名 (フリガナ) ケイキ タロウ 計機太郎 計機印				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 電話 03(3264)4331				事業所の所在地 東京都千代田区麹町8-5-1											
	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 計機花子				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		補償加入制度 産科医療 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(ゆうちょ)	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 信連 信漁連 農協 漁協				麹町 本所 支所 本店 支店			
		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 計機太郎											

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