

(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:昭和 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 ハナコ				事業所の名称	(株)計機健康保険製作所														
		計機花子				事業所の所在地	東京都千代田区麴町8-5-1														
	被保険者等 (請求者) の住所	郵便 番号	1	0	2	-	0	0	8	3	(フリガナ) トウキョウトチヨダクコウジマチ1-8-5										
			東京都千代田区麴町1-8-5											電話	03(3264)4331						
被扶養者が 出産した場 合はその方 の氏名	(フリガナ)				被扶養者の 生年月日	5:昭和 7:平成															
出産した 年月日	平成	2	9	0	4	0	1	出生児 数	1	死産児 数	0	妊 娠 経 過	3	9	補 産 科 医 療 制 度 加 入	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	みずほ							銀行 金庫 信組	麴町	本 所 支 店 本 店 支 店
		※	2. 当座 3. 別段 4. 通知	信連 信漁連 農協 漁協	口座番号	1	2	3	4	5	6	7	口座名義	(フリガナ) ケイキ ハナコ 計機花子

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	氏名	印
	受領代理人									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