支給決定伺

被保険者 被扶養者	出産育児一時金	支給決定額	Н	常務理事	事務長	係

被保険者 出産育児一時金差額請求書 被扶養者 (内払金支払依頼書)

① 被保険者等記号・番号	_		②事業所	所の名称				
③分娩 年月 日	令和	年	月	B	④ 死亡のとき は そ の 旨			
⑤分娩した場所	医療施設等 の 名 称							
	医療施設等 の 所 在 地							
⑥ 配偶者の分娩であるとき はその氏名・生年月日					昭和 平成	年	月	日生
⑦出 生 児 の 氏 名 (死産・流産・人工妊娠中絶の 場合は記載不要)					⑧ 被保険者 との続柄			
⑨ 出生児が被扶養者かどうか	被扶養者で	ある	・ない		生児が被扶養者で いときはその理由			
⑪ 資格喪失後6ヶ月以内	現在加入して	いる 名	称				健康保険組合 社会保険事務所	
の分娩であるとき	健康保険の	記	¦号·番号		_		Tel	
	給付金の振辺	上 先		銀行	:	支店 普	·通 i座	
① 被扶養者認定日後6ヶ月	認定日以前に加	加入 名	称				健康保険組合 社会保険事務所	
以内の分娩であるとき	していた健康保	験の 記	号•番号		_		Tel	
上記のとおり申請します。	上記のとおり申請します。							
令和	年 月		日					
住 所 被保険者の 氏 名								
東亞合成健康保険組合理事長 殿								

【注意事項】

- ①この用紙は、直接払制度を利用して出産をした場合に使用する請求書です。
- ②出産費用が500,000円以内(産科医療制度未加入の医療機関等で出産した場合は488,000円以内)で、 一時金との差額が生じた場合に請求してください。出産費用が500,000円以上(産科医療制度未加入の 医療機関等で出産した場合は488,000円以上)の場合は、請求できません。この書類の提出は不要。

直接支払制度利用者用

記入例(本人)

支 給 決 定 伺

被保険者 被扶養者	出産育児一時金	支給決定額	Н	常務理事	事 務 長	係
	•					

被保険者被扶養者

出産育児一時金差額請求書 (内払金支払依頼書)

① 被保険者等記号・番号	00- 000	00	②事業所	所の名称	00会社0	〇支店(任継の	の場合は、任継と記	(1)
③分娩 年月 日	令和5年5月2日				④ 死亡のとき は そ の 旨			
⑤分娩した場所	医療施設等 の 名 称 凸凹産婦人科医 原			$\dot{ar{ au}}$				
	医療施設等 の所在地	東京都	8品川	区大井	1 <i>丁目×-</i>	XX		
⑥ 配偶者の分娩であるとき はその氏名・生年月日					昭和 平成	年	月	日生
⑦ 出 生 児 の 氏 名 (死産・流産・人工妊娠中絶の 場合は記載不要)	東亞二	二郎			⑧ 被保険者 との続柄	次男		
⑨ 出生児が被扶養者かどうか	被扶養者で(න් •	ない		児が被扶養者で いときはその理由			
⑪ 資格喪失後6ヶ月以内	現在加入してい	る名	称				健康保険組合 社会保険事務所	
の分娩であるとき	健康保険の	記号	号·番号	_			TEL	
	給付金の振込先	5		銀行		支店 普通 当座		
⑫ 被扶養者認定日後6ヶ月	認定日以前に加え	名	称				健康保険組合 社会保険事務所	
以内の分娩であるとき	していた健康保険	の記号	号·番号		_		Tel	
上記のとおり申請します。	上記のとおり申請します。							
令和 5	年 5 月	22	日					
住 所 <i>東京都港区新橋1丁目×一××</i> 被保険者の 氏 名 <i>東亞 花子</i>								
東亞合成健康保険組合理事長 殿								

【注意事項】

- ①この用紙は、直接払制度を利用して出産をした場合に使用する請求書です。
- ②出産費用が500,000円以内(産科医療制度未加入の医療機関等で出産した場合は488,000円以内)で、 一時金との差額が生じた場合に、請求してください。出産費用が500,000円以上(産科医療制度未加入の 医療機関等で出産した場合は488,000円以上)の場合は、請求できません。この書類の提出は不要。

直接支払制度利用者用

記入例(家族)

支給決定伺

被保険者 被扶養者	出産育児一時金	支給決定額	Н	常務理事	事 務 長	係

被保険者 出産育児一時金差額請求書 (内払金支払依頼書)

	WINE II	(1737)	ム亚又	仏似积音			
① 被保険者等記号・番号	00- 0000	〇 ② 事業所	所の名称	OO会社OC)支店(任継の	り場合は、任継と記入)	
③分娩 年月 日	令和忠	5年5月2日		④ 死亡のとき は そ の 旨			
⑤分娩した場所	医療施設等 の 名 称 <i>C</i>	5四產婦人	人科医院	Ê			
	医療施設等 の所在地 東京都品川区大井			:1丁目×-××			
⑥ 配偶者の分娩であるとき はその氏名・生年月日	東亞愛	· 7		昭和平成	63:	年 9月 3日 生	
⑦出 生 児 の 氏 名 (死産・流産・人工妊娠中絶の 場合は記載不要)	東亞二	息		⑧ 被保険者 との続柄	次男		
9 出生児が被扶養者かどうか	被扶養者であ	る・ない		児が被扶養者で いときはその理由			
⑪ 資格喪失後6ヶ月以内	現在加入している	名 称				健康保険組合 社会保険事務所	
の分娩であるとき	健康保険の	記号·番号	_			Tel	
	給付金の振込先		銀行		支店 普通 当座		
⑫ 被扶養者認定日後6ヶ月	認定日以前に加入	名 称				健康保険組合 社会保険事務所	
以内の分娩であるとき	していた健康保険の	記号·番号		_		Tel.	
上記のとおり申請します。			•				
令和 5	年 5 月	22 日					
	住 i 被保険者の 氏 :			<i>打丁目×一× .</i>	×		
東亞合成健康保険組合理事長 殿							

【注意事項】

- ①この用紙は、直接払制度を利用して出産をした場合に使用する請求書です。
- ②出産費用が500,000円以内(産科医療制度未加入の医療機関等で出産した場合は、488,000円以内)で、 一時金との差額が生じた場合に請求してください。出産費用が500,000円以上(産科医療制度未加入の 医療機関等で出産した場合は488,000円以上)の場合は、請求できません。この書類の提出は不要。