

健康保険 被保険者 家族 出産育児一時金・付加金請求書（直接支払制度利用）

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	被保険者証の記号 - 番号 ※枝番記載不要				生 年 月 日			
	—				昭和 平成 年 月 日生			
	被保険者 (請求者) の氏名		(フリガナ)		事業所 の	名 称		
						所在地		
	被保険者 (請求者) の住所		郵便番号		電話番号		( )	
			(フリガナ)					
	被扶養者が出産した ための請求である ときは、その方の		氏 名		生 年 月 日			
					昭和 平成 年 月 日生			
	出生児の		氏 名		生 年 月 日			
					令和 年 月 日生			
出生児数 (人)		死産児数 (人)		死産の時は その旨		妊娠経過期間		
						ヶ月 週		
入院して出産したとき は、その医療機関等の		名 称						
		所在地		〒 — 電話番号 ( )				
被 保 険 者 に 対 す る 支 払 金 融 機 関 の 欄								
金 融 機 関 名		店 名		預金種別		口座番号		
銀行		本店 支店		普通				

訂正者氏名：

【 記入上の注意事項 】

記入訂正する場合は訂正箇所を二重線で抹消し訂正印を押印または欄外「訂正者氏名」にフルネームで署名してください。

【 添付書類について 】

- ① 直接支払制度を利用することについて、医療機関等との間で交わした合意文書（写し可）
  - ② 医療機関等が発行する出産費用の内訳を記した明細書等の写し  
（産科医療補償制度に加入する医療機関等で出産等した場合、所定のスタンプを医療機関等に押印して  
もらう必要があります。）
- 上記二点を添付して下さい。

【 振込みについて 】

- ◎ 医療機関等からの請求額が給付限度額（※）を上回る場合、付加金を被保険者へ振込みいたします。
- ◎ 医療機関等からの請求額が給付限度額を下回る場合、付加金及び給付限度額と請求額との差額を被保険者へ振込みいたします。  
※給付限度額：産科医療補償制度に加入する医療機関等の医学管理下で出産した場合（死産を含み、  
在胎週数第2週以降のものに限る）は42万円。その他の場合は40.8万円。

【 付加金について 】

- ◎ 1児につき一律70,000円を支給します。