

健康保険 被保険者 出産育児一時金・付加金請求書（直接支払制度利用）

自署の場合、捺印不要

被 保 険 者	被保険者証の記号 - 番号				生年月日							
	1	5	-	100	明治 大正 昭和 平成	56	年	7	月	7	日生	
が 記 入 す る と こ ろ	被保険者 (請求者) の氏名	(フリガナ) <u>カミイ</u> <u>ジロウ</u> 組合 二郎 印				事業所 の 名称	(株) ケーピーエム					
	被保険者 (請求者) の住所	郵便番号	1	5	0	-	0	0	0	2	電話番号	03 (3407) 522×
入 す る と こ ろ	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						
	出生児の	氏名				生年月日						
こ ろ	出生児数 (人)	1	死産児数 (人)		死産の時は その旨	該当せず	妊娠経過期間	10ヶ月 週				
	入院して 出産した ときは、 その医療 機関等の	名称	関東大学病院				〒	163-	0001	電話番号	03 (3987) 654×	
こ ろ	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			口座名義					
	東京 <u>銀行</u> 金庫 農協	渋谷 <u>本店</u> <u>支店</u>	①普通 ②当座 ③通知 ④別段	1	2	3	1	2	3	組合 二郎		

生産の場合はこのように記入

【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22週以降のものに限る）は42万円。その他の場合は40.4万円。

【付加金について】

- ◎ 1児につき一律70,000円を支給します。