

# 健康保険(被保険者・家族)出産育児一時金 請求書(A)

## 【直接支払制度 差額支給申請用】

(被保険者が記入するところ)

被保険者証の				被保険者の氏名		フリガナ		印	
記号		番号							
被保険者の住所		〒		—		TEL		— —	
被扶養者の氏名 <small>(被扶養者が出産者の場合)</small>		フリガナ		被扶養者の生年月日 <small>(被扶養者が出産者の場合)</small>		昭和 平成		年 月 日	
出生児の氏名		フリガナ		出生児の生年月日		令和		年 月 日	
被保険者と出生児の続柄				出生児が被保険者の被扶養者であるかどうか		ある ・ ない			
流産・死産の場合		週 の流産または死産である							
出産した医療機関等の名称・住所・電話番号		名称		住所		電話番号			
給付金の振込先 <small>(被保険者名義)</small>		銀行 農協組合 信用金庫 労働金庫 信用組合		支店		普通 口座番号 当座 その他			
当健保組合の資格を喪失後、家族(夫など)の被扶養者となったときはその健保組合の名称など		健保組合(会社)名		記号番号		電話番号			
被扶養者が出産前6ヵ月以内に被保険者として他の健保組合に加入していた場合はその健保組合の名称など		健保組合(会社)名		記号番号		加入期間		電話番号	
		令和 年 月 ~ 令和 年 月							

(添付書類)

◎ 出産費用についての明細書の写し (産科医療補償制度加入機関で出産の場合は、制度加入証明の印が必要)
--

(事業主が証明するところ)

上記のとおり相違ないことを証明します 令和 年 月 日 事業主の所在地 名称 事業主氏名 オークマ健康保険組合理事長 殿		印
---	--	---

(健保使用欄)

法定給付支給額							理事長	常務理事	事務長	担当者
							円			
健保受付年月日	入力年月日		支払年月日			備考				