

年 月 日

被保険者・家族 出産育児一時金等内払金支払依頼書

出産育児一時金の直接支払制度を利用される方には、出産費用が出産育児一時金に満たなかった場合、その差額を健康保険組合から被保険者の方にお支払いします。この依頼書に医療機関が発行した『領収・明細書』の写しを添え、健康保険組合に提出して下さい。

被 保 険 者 記 入 欄	被保険者証の記号		被保険者証の番号		事業所	名称		
						所在地		
	被保険者 (請求者) の氏名	(フリガナ)				生年月日		
				昭和・平成 年 月 日				
	被保険者 (請求者) の住所							
	被扶養者の氏名 (被扶養者が出産した 場合に記入)	(フリガナ)				生年月日		
			昭和・平成 年 月 日					
	出産した医療機関	名称						
		所在地						
		電話番号						
分娩年月日		年 月 日						

健 保 記 入 欄	受付年月日	年 月 日
	決裁年月日	年 月 日
	支払年月日	年 月 日
	支払額	円