

健康保険 被保険者家族 出産育児一時金【内払金・差額】請求書

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	(1) 被保険者証の記号・番号		(2) 事業所の名称		
	(3) 被保険者の氏名		(4) 被保険者の生年月日	昭・平 年 月 日	
	(5) 被扶養者の分娩であるときはその氏名		生年月日	昭・平 年 月 日	
	(6) 分娩年月日		令和 年 月 日	(7) 死亡のときはその旨	
	(8) 分娩した場所		医療施設等の名称		
			医療施設等の所在地		
	(9) 被保険者と出生児の続柄		<input type="checkbox"/> 子 <input type="checkbox"/> その他()		
	(10) 出生児が被扶養者かどうか		被扶養者である <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/>	(11) 出生児が被扶養者でないときはその理由	
	(12) 直接支払制度		利用している ・ 利用していない		
	(13) 振込希望の銀行(報酬振込口座)		銀行	支店	<input type="checkbox"/> 普通当座 No. <input type="checkbox"/> 口座名義人
	(14) 備考				
	(15) うえのとおり差額を請求します。				
	令和 年 月 日 〒 TEL () 住所 被保険者の(請求者の) フリガナ氏名				
	(印)				
	太陽生命健康保険組合理事長 殿				

(注意事項)

1. 標題は、被保険者が分娩したときは「被保険者」を、家族が分娩したときは「家族」を○印で 受付日付印 囲んでください。
2. (5)欄は、被保険者(本人)の出産育児一時金の請求であるときは、「該当せず」と記入して下さい。
3. (8)欄「分娩した場所」は、分娩した病院、診療所又は助産所などの医療施設の名称・所在地を記入してください。(なお、自宅分娩の場合は、その旨を記入してください。)
4. (9)欄は、被保険者との続柄を記入してください。
5. (12)欄は、直接支払制度利用の有無について、該当する方に○をして下さい。
6. (13)欄は、被保険者の報酬振込口座(退職者は、希望する振込銀行口座)を記入して下さい。
7. (14)欄は、被保険者の資格を喪失した後の分娩であるときには「資格喪失年月日」を、出産したが間もなく死亡したときには「出生児は、○○時間生存した後死亡」などのことを記入してください。
8. (15)欄は被保険者が記入・押印しますが、分娩した被保険者死亡の場合は相続人が請求出来ます。
9. 字句を訂正する場合は、誤った字句を二重線で抹消して請求欄(15)で押印している印を押し、その上に正しい字句を記入してください。

(添付書類)

- ・ 直接支払制度「合意文書」の写し
- ・ 費用の内訳を記載した「領収・明細書」(退院時、医療機関等より発行される)の写し