

直接支払制度を利用し、健保から
「支給決定通知」の案内を受け取られた方

「健保マイポータル」の登録が必要です。
申請前に登録状況をご確認ください。

ご出産の被保険者及び被扶養者の方を
対象に、「育児書」をお届けします。ご希望
の方は右欄に○印を ご記入下さい。

被保険者 出産育児
家 族 一時金

差額・付加金 請求書

被 保 険 者 の 記 入 欄	①被保険者等 記号番号	記号	番号	②所属会社 (事業所)															
	③被保険者	自宅 住所	〒																
		氏 名																	
		携帯電話																	
		e-mail																	
	④出産者の氏名 (③と異なる場合)				⑤出産者の生年月日	年			月			日							
	⑥出産年月日	年			月			日			⑦出生児の数	☐ 単胎			☐ 多胎(児)				
	⑧生産または死産の別	☐ 生産 (人) ☐ 死産 (人) /妊娠満 週																	
	⑨医療機関	名 称																	
		所在地																	
⑩振込先 被保険者名義の 口座を指定	銀行名					金融 コード					口座番号								
	支店名					支店コード					預金種別	普通							
	口座名義 カタカナ																		
				⑪ 年 月 日 提 出															

注) 被保険者が分娩した場合④は記入不要

受付日付印

<個人情報について>

ご記入頂いた個人情報は本請求に係る業務処理の目的にのみ使用し、
他の目的には使用致しません。