

直接支払制度を利用した方

添付書類

- ☐ 領収・明細書の写し
☐ 直接支払制度利用に関する
医療機関との合意文書の写し

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
(内払金請求書)

日本ヒューレット・パッド
カード健康保険組合

被 保 険 者 の 記 入 欄	①被保険者証	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	<input type="checkbox"/> 単胎 <input type="checkbox"/> 多胎(児)		
	⑧生産または死産の別		<input type="checkbox"/> 生産 (1 人) <input type="checkbox"/> 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。