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

記入例

「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〇印を 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・パッカード健康保険組合

被保険者の記入欄						
①被保険者等記号番号	記号	〇	番号	〇	②所属会社（事業所）	〇〇株式会社
③被保険者	自宅住所	〒 ご自宅の住所				
	氏　名	社員の氏名				
	携帯電話	日中連絡のとれる番号				
	e-mail					
④出産者の氏名（③と異なる場合）		健保　花子		⑤出産者の生年月日	〇〇　年　〇　月　〇　日	
⑥出産年月日		〇〇　年　〇　月　〇　日		⑦出生児の数	■　単胎　　□　多胎（　　児）	
⑧生産または死産の別		■　生産（　　1 人）　□　死産（　　人）/妊娠満　　週				
⑨医療機関	名　称	〇〇産科クリニック				
	所在地	医療機関の住所				
⑩振込 被保 口座						

<提出先>

〒136-8711
東京都江東区大島２－２－１
日本ヒューレット・パッカード健康保険組合　出産育児一時金　担当宛

メールでも受付ております。 ※宛先間違いにご注意ください
jpn_kenpo_shinsei@hpe.com

注）被

＜個人情
ご記
他の目的

R6.11.1改訂