

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

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○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

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	○	番号	○	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振込先 被保険者名義の 口座を指定	銀行名	〇〇銀行				金融 コード	〇	〇	〇	〇	口座番号	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇
	支店名	〇〇支店				支店コード	〇	〇	〇	預金種別	普通							
	口座名義 カタカナ	ケンポ タロウ																

<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

メールでも受付けております。

※宛先間違いにご注意ください

jpn_kenpo_shinsei@hpe.com