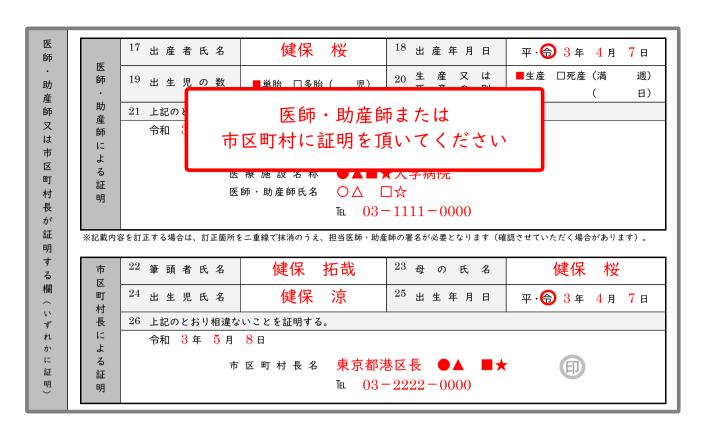
*	同 年 月 日	令和 年	月 日	常務理事	事務長	担	 当者
,	決済年月日	令和 年	月 日				
支	支 給 金 額	百万 拾万 万 千	百十月		産育児-		
給				(被保険者本人	くが出産した	場合)
支	支給金額内訳	A 法定	B 受取代理額	左領 ()		刘 <i>川</i> 統計)、、、、、、、、、、、、、、、、、、、、、、、、、、、、、、、、、、、、	
1,		(円)	_ (円) = (円) + (円)	= 支給金額
払	取得年月日	平・令 年	月 日	産科医療補償	制度加入有無	有・無	出産種別
決	喪失年月日	令和 年	月 日	直接支払制	度利用有無	有・無	単胎・多胎
					受付日付日	ip	
議							
書	備考	当組合記入欄					

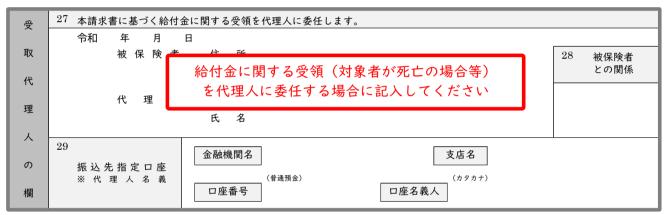
フォーラムエンジニアリング健康保険組合 理事長殿

¹ ■被保険者 2 □請求書 出産育児一時金・付加金請求書 健康保険 □家 ■内払金支払依頼書差額申請書 証 4 被保険者氏名 健保 321 - 87654 桜 被 号 号 記. 番 〒105-0000 東京都港区●●1-2-3 フォーラム123 被 保 険 の 現 住 所 080 - 1111 - 0000保 資 格 を 取 健保 平 · 令 2 年 4 月 1日 出生児の氏名 た年月 H 9 出産した年月日 ■被保険者 □被扶養者(家族) 平 · 合 3 年 4 月 出産した者 7 _E 険 死産の場合、妊娠からの週数及び日数 10 生産又は死産の別 ■生産 □死産 週 日) 名称 所在地 出産した医療機関 ★★★病院 東京都港区●●●7-8-9 者 被扶養者氏名 上記 9で「出産した者が被扶養者(家族)」の場合は、その者の 氏名と生年月日を記 • 슦 年 Н が 被保険者が記入してください 13 上記12の者は、当糸 €です □いいえ違います ※記入漏れのないようにお願いします 14 上記13~ 記 14-① 合、当約 て記入してください。 同一の出産について、上記14-①の保険者より出産育 14 - ②□受けた/受ける予定 □受けない 児一時金の支給について 入 15 金融機関名 ▲■銀行 支店名 ▲■★支店 振込先指定口座 (普诵預金) ※被保険者本人名義 (カタカナ) す 7654321 口座番号 口座名義人 A 直接支払制度を利用せずに出産した場合(出産育児一時金・付加金 請求書) 16 □ 医師又は助産師が発行した出生証明書等、出産の事実を証明する書類又は市区町村長が発行した戸籍謄本(抄本) る ※「医師・助産師又は市区町村長が証明する欄」に証明の場合は必要ありません。 □ 医療機関等から交付される直接支払制度に係る代理契約に関する合意文書(写) 直接支払制度 ※「直接支払制度に係る代理契約を医療機関等と締結していない旨」及び申請先となる「保険名」が記載されています。 の利用の有無 ۲ □ 医療機関等から交付される出産費用の領収・明細書(写) により添付が ※「直接支払制度を用いていない旨」の記載及び「産科医療補償制度の加算対象分娩であることを証するスタンプ(該当する 必要となる書 場合のみ)」の押印がなされています。 類です。 B 直接支払制度を利用して出産した場合(出産育児一時金・付加金 内払金支払依頼書差額申請書) 請求される前 □ 医師又は助産師が発行した出生証明書等、出産の事実を証明する書類又は市区町村長が発行した戸籍謄本(抄本) に必ず確認し 「医師・助産師又は市区町村長が証明する欄」に証明の場合は必要ありません。 てください。 □ 医療機関等から交付される出産費用の領収・明細書(写) ※ 直接支払制度を用いた場合に、後日(1~2か月後)に保険者へ送付される「専用請求書の内容と相違ない旨」の記載及び 「産科医療補償制度の加算対象分娩であることを証するスタンプ(該当する場合のみ)」の押印がなされています。 3

【留意事項:申請者(被保険者)殿】

※記載内容を訂正する場合は、訂正箇所を二重線で抹消のうえ、申請者(被保険者)の署名が必要となります。





*	同 年 月 日	令和 年 月 日	常務理事事務長	担当者		
/\`\	決済年月日	令和 年 月 日				
支	支 給 金 額	百万 拾万 万 千 百 十 円	家族出産育児-	一児金記入例		
給			(被扶養者である家族	族が出産した場合)		
支	支給金額内訳	A 法定 B 受取代理額 (円) — (左領 (太正) 円) = (円) + (的加紹的 (円) = 支給金額		
払	取得年月日	平·令 年 月 日	産科医療補償制度加入有無	有 · 無 出産種別		
決	喪失年月日	令和 年 月 日	直接支払制度利用有無	有 · 無 単胎 · 多胎		
			受付日付	印		
議		1	S			
書	備考	当組合記入欄				

フォーラムエンジニアリング健康保険組合 理事長殿

健康保険 □被保険者 出産育児一時金・付加金請求書 2□請求書

	□ 家	族 □ 12 月 10 日 15 12 日 17 10 日 ■ 内払金支払依頼書差額申請	書				
被	3 被 保 険 者 証 記 号 · 番 号	123 - 45678 4 被保険者氏名 健保 拓哉					
	5 被 保 険 者 の 現 住 所	〒105-0000 東京都港区●●1-2-3 フォーラム123 1a 080-1111-0000					
保	6 資格を取得した年月日	平・⑥ 1年 4月 1日 7 出生児の氏名 健保 涼					
	8 出産した年月日	令和 3 年 4 月 7 日 9 出 産 し た 者 □被保険者 ■被扶養者(家族)					
険	10 生産又は死産の別	■生産 □死産 死産の場合、妊娠からの週数及び日数 満 週 (日)					
者	11 出産した医療機関	25 ★★★病院 所在地 東京都港区●●●7-8-9					
		者が被扶養者(家族)」の場合は、その者の 被扶養者氏名 健保 桜					
が	氏名と生年月日を記ん	生年月日 昭· 平 5年10月20	日				
	13 上記12の者は、当組	合に加入後 6か月以内の出産ですか。 ■はい、6か月以内の出産です □いいえ違いま	ます				
后	14 上記13 ⁻ 14-A 合、当糸 て記入し	被保険者が記入してください - 3333					
入	 14−B 同一のと 児一時会	※記入漏れのないようにお願いします → PE ■受けない					
す	15 振 込 先 指 定 口 座 ※被保険者本人名義	金融機関名					
3	16						
٤	直接支払制度 の利用の有無 により添付が 必要となる書 類です。 請求される前 に必ず確認し ○ 医療機関等から交付される直接支払制度に係る代理契約に関する合意文書(写) ※「直接支払制度に係る代理契約を医療機関等と締結していない旨」及び申請先となる「保険名」が記載されています。 ○ 医療機関等から交付される出産費用の領収・明細書(写) ※「直接支払制度を用いていない旨」の記載及び「産科医療補償制度の加算対象分娩であることを証するスタンプ(該当する場合のみ)」の押印がなされています。 ○ B 直接支払制度を利用して出産した場合(出産育児一時金・付加金内払金支払依頼書差額申請書) ○ 医師又は助産師が発行した出生証明書等、出産の事実を証明する書類又は市区町村長が発行した戸籍謄本(抄本) ※「医師・助産師又は市区町村長が証明する欄」に証明の場合は必要ありません。						
2							
3	てください。 □ 医療機関等から交付される出産費用の領収・明細書(写) ※ 直接支払制度を用いた場合に、後日(1~2か月後)に保険者へ送付される「専用請求書の内容と相違ない旨」の記載及び 「産科医療補償制度の加算対象分娩であることを証するスタンプ(該当する場合のみ)」の押印がなされています。						

【留意事項:申請者(被保険者)殿】 ※記載内容を訂正する場合は、訂正箇所を二重線で抹消のうえ、申請者(被保険者)の署名が必要となります。 ※出生時の氏名欄に関して、死産・流産・人工妊娠中絶の場合は、記載は不要です。



