

NO.

伺 年 月 日		年 月 日				常務理事		事務長		総務課長		担当者	
直接支払による 出産育児一時金		拾万	万	千	百	拾	円						
出産費用決定額		拾万	万	千	百	拾	円	摘 要	資格	得	年 月 日		
※支払・ 支給決定 の額	(法定)差額	拾万	万	千	百	拾	円		喪	年 月 日			
	付加	拾万	万	千	百	拾	円		備考				被扶養者 台帳照合印
	支払額計	拾万	万	千	百	拾	円						
分娩日								支給方	<input type="checkbox"/> 月給互にて支給 <input type="checkbox"/> 指定口座振込				

直接支払制度利用 出産育児一時金等の内払金(差額・付加給付金)申請書

年 月 日 請求

被保険者等 記号・番号		記号		番号			
出生児の 関係事項	フリガナ					被保険者資格の有無	
	出産者の氏名					有 ・ 無	
	フリガナ					性別	被保険者との続柄
	出生児の氏名 (注)死産・流産・人工妊娠 中絶の場合は記載は不要 です。					男 ・ 女	
	出産年月日		年 月 日			出産児数	死産児数
	出産した病院		名称			出産費用 (病院の領収総額)	
			所在地			円	
	死産のときはその旨					妊 娠	ヶ月
					経過期間	週	
上記の通り申請します。 年 月 日 住 所 〒 _____ _____ 被保険者名 _____ 印 _____ 日本旅行健康保険組合 理事長 殿							

【添付書類及び注意事項】

- 1 申請にあたっては、医療機関が発行する「明細書(領収書)」の写しを必ず添付してください。
- 2 出生児を組合に加入させる時は、健保ホームページを参照のうえ「被扶養者届け(異動届)」も一緒に提出してください。

<振込先指定口座>

- ☐ マイナポータル等で事前登録した公金受取口座を利用します。
 (利用する場合は☒ 利用しない場合は下記の欄を記入してください。)

銀行名		銀行 信用金庫		支店
口座の種別	普通 ・ 当座	口座番号		
(フリガナ) 口座名義			連絡先電話番号	

※本書に記入していただいた個人情報については、適切に取り扱い、目的外には利用しません。