

事業所担当者()<経由>→健保組合 (退職された方は直接健保へ送付)

被保険者
家族 出産育児一時金内払金(差額)支払依頼書

①被保険者証の 記号・番号	記号 番号	②被保険者の 氏名			
③事業所の名称					
④被扶養者が出産し た場合は被扶養 者の氏名			⑤被扶養者の 生年月日	S H	年 月 日
⑥出産年月日	年 月 日		死亡のときはその旨		
⑦出産した場所	医療施設の名称				
	医療施設の所在地				
⑧出生児の氏名			⑨被保険者と 出生児の関係	(長男・長女等を記入)	
⑩出生児が被扶養者であるかどうか	ある ない		⑪出生児が被扶養者でな いときはその理由		
⑫ 振込先 (被保険者名義)	金融機関名	支店名	種別	口座番号	名義(カタカナで記入)
			普通 当座		

上記のとおり請求します。

年 月 日

被保険者の住所 〒

氏名

印

電話番号

()

ヤンマー健康保険組合理事長 殿

<添付書類>

- ・直接支払制度合意文書の写し
- ・出産費用の領収・明細書等の写し(産科医療補償制度の対象である場合はスタンプが押印)

健保記入欄	一時金支給額	医療機関代理受取額	差 額