

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 1	②被保険者の 氏名	健保 花子		
	番号 12345				
③事業所の名称	ヤンマー株式会社				
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	平成25年 9月 9日		死亡のときはその旨		
⑦出産した場所	医療施設の名称	〇〇レディースクリニック			
	医療施設の所在地	大阪市〇〇区△△1-1			
⑧出生児の氏名	健保 元気		⑨被保険者と 出生児の関係	(長男・長女等を記入) 長男	
⑩出生児が被扶養者であるかどうか	ある <input checked="" type="radio"/>	ない <input type="radio"/>	⑪出生児が被扶養者でな いときはその理由	夫の被扶養者のため	
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)
	△銀行	××支店	普通 当座	0123456	ケンホ ハナコ

上記のとおり請求します。

平成25年 10月 1日

被保険者の住所 〒 123-4567

△△市××1-2-3

氏名 健保 花子



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)

	一時金支給額	医療機関代理受取額	差 額
健保記入欄			