

出生児の氏名を記入してください。

保険証の記号と番号を記入してください。

出生年月日を記入してください。

# 出産(家族出産) 育児一時金 請求書(直接支払制度差額支給用)

★この請求書は直接支払制度を利用し、出産費用が42万円(\*)未満の場合に差額を請求する場合に使用します。

被保険者証の記号・番号	850	80	事業所の名称	愛鉄工業 株式会社	
出産した年月日	平成 29 年 4 月 6 日		生産・死産の別	生産・死産	
出生児氏名	中村 一郎		出生児が被扶養者かどうか	被扶養者でない	
出生児が被扶養者でないときはその理由	1. 夫の被扶養者にする		2. その他 ( )		
入院期間	平成 29 年 4 月 6 日		7 日間		
退職後の出産の場合	夫の保険証の記号・番号及び被保険者名	記号	番号	被保険者名	
			・ 全国健康保険協会 ( ) 支部 ・ ( ) 健康保険組合 ・ その他 ( )		
この欄が記入されているときは被扶養者が記入してください。	被扶養者の氏名	中村 良子		生年月日	昭和 63 年 5 月 5 日
	家族が出産前6か月以内に勤務したことがあるときはその事業所の名称	愛鉄産業(株)		資格期間	加入していた健康保険
	所在地	名古屋市中村区黄金通6	平 17 年 4 月 1 日	記号・番号	保険者名(例:愛鉄連健保)
	TEL	052-461-6135	平 28 年 12 月 1 日	800 3	全国健康保険協会(愛知支部)
払渡し希望銀行の口座	銀行信用金庫	預金の種類	普通当座	店番	口座名義人氏名(被保険者)
	本店支店	貯蓄	貯蓄	口座番号	フリガナ
					氏名

退職後の場合、必ず記入してください。

6か月以内の時必ず記入してください。

被保険者の個人口座へ振り込みを希望する場合に記入してください。なお、その場合は委任欄への記入はしないでください。

上記のとおり請求します。 ※太枠欄を訂正する場合、訂正印として請求者印と同じ印を押印してください。

〒 453 - 0804

平成 29 年 4 月 20 日 被保険者(請求者)住所 名古屋市中村区黄金通2-18

愛鉄連健康保険組合理事長 殿 被保険者(請求者)氏名 中村太郎 TEL (052) 461 - 6131

被保険者住所・氏名等を記入し、押印してください。

【注】 出産費用が42万円(\*)に満たない場合の差額を申請する場合は、医療機関等で退院時に渡された出産費用についての領収書(費用内訳書)及びこれに付随する明細書の写し※を添付してください。 ※ 領収・明細書には「出産年月日」、「出生児数」、「代理受取額」、「直接支払制度を用いている旨」等の記載があるもの

## □ 本請求書の提出を事業主へ委任します。(委任する場合は☑)

被保険者証の記号番号に代えてマイナンバーにより請求する場合は、備考欄に記載してください。また、事業主様経由で提出する場合は必ず上記委任欄に☑を入れてください。

(マイナンバーを記載した場合は、「個人番号確認(通知カード又は個人番号記載住民票の写し等)」及び「本人確認(運転免許証又はパスポートの写し等)」が必要です。また事業主様経由で提出する場合は、「代理人の身元確認書類(事業主の運転免許証の写し等)」が必要となります。)

備考欄

(\*) 産科医療保障制度未加入の医療機関での出産の場合は40万4千円となります。

金額の受領を委任するところ	本請求に基づく給付金の受領を下記の者に委任します。 平成 29 年 4 月 19 日 被保険者(請求者) 氏名 中村太郎 委任された者の事業所名 愛鉄工業 株式会社 住所 名古屋市中区栄2丁目10番19号 氏名 愛鉄連太郎
---------------	--

委任者は、請求書に押印されたものと同じ印で押印してください。

委任を希望される場合のみご記入ください。

被保険者証の記号番号を記入した場合は、マイナンバー(個人番号)の記入は不要です。

※記入誤りがある場合は、申請欄及び委任欄と同じ印にて訂正してください。

(平成 29 年 1 月 1 日 改)