

同 年 月 日	平成 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	得	年 月 日	
※支払・支給決定の額	(法定)差額	拾万	万	千	百	拾	円	喪	平成 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"/> 月給与にて支給 <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

平成 年 月 日 請求

被保険者証の記号と番号		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				男 ・ 女	
	出産年月日	平成 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 月	週	
上記の通り申請します。 平成 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】

- 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。
- 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。

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。