

富士石油健康保険組合 御中

常務理事	事務長	担当者

健康保険 被保険者 家族 出産育児一時金等内払金・差額金支払申請書

年 月 日 提出

被保険者証の記号・番号		事業所の名称				
00	-	0000	〇〇〇〇 (会社名)			
被保険者 (申請者) 氏名	(フリガナ) ケンポ タロウ	健保 太郎	生年月日	昭和 平成	00 年 0 月 0 日	
被扶養者が出産した場合、その	氏名	健保 花子	生年月日	昭和 平成	00 年 0 月 0 日	
出産年月日	00 年 0 月 0 日	出生児数	死産児数	死産の時はその旨		
		1 人	人			
出生児の氏名	(フリガナ) ケンポ アイコ	健保 愛子	被保険者と出生児の続柄		長女	
出産に係った費用・・・(A)	41万5千 円		差額 [42万円(又は39万円)] - (A) (マイナスの場合は0円)	5千 円		
※医療機関が発行した明細書の「妊婦合計負担額を記載			付加金 [1.6万円]	1万6千 円		
			合計	2万1千 円		
振込先金融機関名 (申請者本人名義の口座に限ります)						
金融機関名	支店名	口座種別	口座番号	口座名義 (カタカナ)		
〇〇〇〇銀行	〇〇支店	普通・当座	000000	ケンポ タロウ		

資格喪失者の方は以下の欄にもご記入下さい

申請者の住所	〒 - (フリガナ)	電話番号			
	〇〇県〇〇市〇〇町〇	00-1234-5678			
資格喪失後、他の健保組合の被保険者となった時、または家族の被扶養者となった時は、その被保険者証の	記号・番号	健保組合名 (又は国保)	〇〇健康保険組合		
	00 - 0000				
	被保険者氏名 (家族の被扶養者となった時)	電話番号 (健保組合)	00-0000-0000		
	健保 一郎				
振込先金融機関名 (申請者本人名義の口座に限ります)					
金融機関名	支店名	口座種別	口座番号	口座名義 (カタカナ)	
〇〇〇〇銀行	〇〇支店	普通・当座	000000	ケンポ タロウ	

- 被保険者期間が1年以上ある方が資格喪失後6か月以内に直接支払制度を利用し出産した場合、出産費用が法定給付額より少なかった時は、差額のみ(付加給付はなし)申請できます。ただし、他の健保組合から給付を受けていないことが条件です。
- この申請書には、出産した医療機関が発行した出産費用の領収・明細書(出産費用の内訳が記載されているもの)の写しを必ず添付して下さい。

受付日付印