

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				
-						
被保険者 (申請者) 氏名	(フリガナ)	◎	生年月日	昭和 年 月 日		
被扶養者が出産 した場合、その	氏名	◎	生年月日	昭和 年 月 日		
出産年月日	年 月 日	◎	出生児数	死産児数	死産の時 はその旨	
			人	人		
出生児の氏名	(フリガナ)	◎	被保険者と出生児の続柄			
出産に係った費用・・・(A)  ※医療機関が発行した明細書の「妊婦合計負担額」を記載	円		差額 [42万円(又は39万円)] - (A) (マイナスの場合は0円)		円	
	円		付加金 [1.6万円]		円	
	円		合計		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)
				普通・当座		

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			
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)			
	-					
	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)			
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)
				普通・当座		

- 被保険者期間が1年以上ある方が資格喪失後6カ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