

直接支払制度利用者用

エーザイ健康保険組合 御中

健康保険

被保険者
家族

出産育児一時金差額請求書
(出産育児一時金等内払金支払依頼書)

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	保険証の 記号・番号 (右詰で記入)	記 号	番 号	事業所の名称		
	被保険者 (請求者)の 氏名と印	(フリガナ)		印	生年 月日	年 月 日
	被保険者 (請求者)の 住所	(フリガナ)				日中連絡の取れる電話番号
	出産年月日	年 月 日	出産児数 人	死産児数 人	死産のときは その旨と妊娠 経過期間 (妊娠 月・ 週)	
	出産児の 氏名と続柄	(フリガナ)	続 柄			
	被扶養者 (家族)が 出産した場合	氏名 (フリガナ)	続 柄	生年 月日	年 月 日	
	出産した人が	エーザイ健保に加入してから6ヶ月以内に分娩したとき ⇒ 以前に加入していた 健保組合等の名称				
		エーザイ健保の資格を喪失してから6ヶ月以内に分娩したとき ⇒ 現在加入している 健保組合等の名称				
	出産した 医療機関	医療機関 名称	電話番号			
		医療機関 所在地				
支払金融機関 の欄	銀 行 労働金庫 信用金庫 農 協 信用組合			本店 支店 出張所 営業部	銀行コード	
(被保険者名義 のもの。 「ゆうちょ銀行」 は指定不可)	預金 種別	口座番号(右詰)		口座 名義	*カタカナで記入	

《添付するもの》

- ① 医療機関から交付される「代理契約に関する文書」の写し
- ② 退院時に精算をした出産費用の「領収・明細書」の写し

健保受付印

マイナンバー記入欄(上記「被保険者の記号・番号」欄を記入している場合は不要)

健保使用欄(記入しないでください)

支給決定額

円

【内訳】

医療機関直接支給額: _____ 円
被保険者支給額(差額): _____ 円

決 裁	常務理事	事務長	経 理	担 当