決定額					直接支払制度による支払額	取得	年	月	日
人 人 人				Γ]	н	喪失	年	月	日
分娩日	令和	年	月	日	П	扶養認定日	年	月	田

健康保険 出産育児一時金請求書(直接支払制度精算用)

	被保険者 の記号番						フリガナ 保険者氏名	i			生年月日 昭和 平成		年	月	日
被保険	事業所名														
	分娩年月	日	令和	年			月	日	死産のときはその旨						
	入院して分娩		病院又は診療所の名称			尓									
	したときは		うえの所在地												
	配偶者が分娩したときはその者の氏名									配偶者(年		月	日
保険者が	出生児氏名									·					
記入する	出生児は被扶養者ですか その該否			被扶養者で ある ない				ない	出生児が被扶養者でない ときはその理由						
	本件請求権者の配偶者の氏名														
	本件請求権者の配偶者の勤務先														
	本件請求権者の配偶者加入の 健康保険		禺者加入の	保険	者名					保険者番	· 号				
			記	号					番号	ļ					
	直接支払制度を利用し、上記のとおり請求いたします。 住所 〒 令和 年 月 日 被保険者の														
	ふくお	sかICT ⁽	健康保険組	合理事長	長 殿			氏名							
電話															
振込希望銀行 及び口座番号			銀行			支店	普通預金 口座番号			フリガナ ロ座名義					

【直接支払制度を利用された場合の注意事項】

- ① この請求書は、医療機関等の窓口にて「直接支払制度」を申し込まれ、出産育児一時金50万円(産科医療保障制度に加入していない医療機関で出産された場合は48.8万円)よりも医療費負担額が少ない時に、ご提出ください。
- ② この請求書には、医療機関等から交付された費用の内訳が記載された領収・明細書の写を添付してください。