

決定額	円	直接支払制度による支払額	取得	年	月	日		
		円	喪失	年	月	日		
分娩日	令和		年	月	日	扶養認定日	年	月

**健康保険 被保険者 家族 出産育児一時金請求書（直接支払制度精算用）**

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	被保険者証の記号番号		フリガナ被保険者氏名	生年月日 昭和 平成			年	月	日	
	事業所名称 所在地									
	分娩年月日	令和	年	月	日	死産のときはその旨				
	入院して分娩したときは	病院又は診療所の名称								
		うえの所在地								
	配偶者が分娩したときはその者の氏名					配偶者の生年月日	昭和 平成	年	月	日
	出生児氏名									
	出生児は被扶養者ですか その該否	被扶養者で		ある		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	保険者名					保険者番号			
		記号					番号			
	<p>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 〒</p> <p>令和 年 月 日 被保険者の</p> <p>氏名</p> <p>ふくおかICT健康保険組合理事長 殿</p> <p>電話</p>									
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	口座名義					

【直接支払制度を利用された場合の注意事項】

- 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42万円（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39万円）よりも医療費負担額が少ない時に、ご提出ください。
- 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。