

(被保険者等 → 事業主 → 健保組合)

				常務理事	事務長	精 算	担 当
健保組合記入欄	支給対象者が家族の場合はその認定日	昭和 平成 年 月 日 令和	支 給 額	円			
	備 考						

☐被保険者 ☐家族 出産育児一時金等請求書 (内払金支払依頼用)

被 保 険 者 の 記 入 す る 欄	被 保 険 者	記号		被保険者氏名			
		番号					
	事業所の名称		請求金額			円	
	分娩年月日	令和 年 月 日	生産・死産の別	生産・死産（妊娠 週 日）			
	分娩した者が家族であるときはその者の	氏 名			生年月日	昭和 平成 年 月 日	
続 柄		当組合以外から出産育児一時金等を受けていますか？					受けた・申請中・受けない
本請求金額の受領について、 を代理人と定め委任致します。 令和 年 月 日 古河健康保険組合理事長 殿 被保険者氏名							
事業主の証明する欄	上記の通り相違ない事を証明します。 令和 年 月 日 古河健康保険組合理事長 殿 名 称 事業主 氏 名						

(注意事項)

◎この請求書は、直接払いを利用した出産費用が一時金より少なかった場合に使用します。

◎請求する場合には、以下の(1)と(2)の書類を添付してください。

- (1) 直接支払制度を利用したことが明記されている『医療機関等（病院、診療所、助産所）発行の合意文書（写）』
(2) 出産費用の内訳が記載された『医療機関等発行の領収・明細書（写）』

「直接支払制度を利用した」旨の記載および「産科医療保障制度」に医療機関等で加入している証明印があるもの