

【記載内容の訂正方法】

訂正するときは二重線で抹消のうえ正しい内容を記載し訂正者の氏名（サイン）または認印を押してください。

(別添様式1)

受付年月日	年 月 日
支給額	円
支給内訳	出産育児付加金 円
	出産育児内払金 円

支給支払確認欄		
資格取得日	年 月 日	
資格喪失日	年 月 日	
支払年月日	年 月 日	
常務理事	事務長	係員

日本飛行機健康保険組合

本人の時は被保険者、
家族の時は被扶養者を○で囲んでください。

健康保険 **被保険者** 出産育児一時金付加金請求書
家族 兼 出産育児一時金等内払金（差額）支払依頼書

被 保 険 者 が 記 入 す る 欄	被保険者証の記号・番号	事業所名	所属	
	記号 2 番号 〇〇〇〇	厚木工場	整備〇課	
	被保険者（請求者）の氏名		生年月日	
	日飛 健次郎		昭和 〇〇年 〇〇月 〇〇日 平成	
	出産年月日	令和〇〇年〇〇月〇〇日	生産・死産の別 及び人数	生産 死産 単胎 ・多胎（児） (妊娠 第 39 週又は第 月)
	出産した場所 (医療機関名等)	医療施設等名称 〇〇大学病院 産婦人科		
		所在地 〇〇県〇〇市〇〇 〇-〇〇-〇〇		
	被扶養者の出産である ときはその者の	氏 名	生年月日	
		日飛 愛子	昭和 〇〇年 〇〇月 〇〇日 平成	
	出生児の	氏 名	生年月日	
	日飛 空	令和〇〇年 〇〇月 〇〇日		
(多胎児の場合) 出生児の	氏 名	生年月日		
		令和 年 月 日		
① 被保険者(本人) が退職後6ヶ月以内に 出産した場合は、現在加入している健康 保険組合の名称を記入	健康保険組合等 の名称			
② 被扶養者(家族)が扶養認定後6ヶ月以 内に出産した場合は、認定前加入して いた健康保険組合の名称を記入	電話番号			
	記号・番号			
被保険者に対する 支払金融機関の欄	みずほ銀行 横浜支店 保険給付金振込口座 (出張旅費振込口座)			
上記のとおり申請します。 〇〇年 〇〇月 〇〇日				
住所		〒 000-0000		
被保険者の 氏名		〇〇市〇〇区 〇-〇〇-〇 日飛 健次郎		
日本飛行機健康保険組合理事長 殿		被保険者個人番号 <input type="text"/> (被保険者証の記号・番号を記入した場合は不要です)		

- 【添付書類】** ①出生証明書の写し(母子手帳の出生届出済証明の写しでも代用可)
②医療機関から交付される「直接支払制度」を利用した旨を記載した「合意文書」の写し
③医療機関発行の「領収書(費用の内訳が書いてある明細書)」の写し
(産科医療補償制度加入の対象分娩の場合は所定の押印があるもの)

※本書類は、直接支払制度を利用した場合で、出産に要した費用が50万円（産科医療補償制度に未加入の医療機関等では48万8千円）未満の場合の、出産育児一時金の差額請求書を兼ねています。