

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

健康保険 被保険者 家族 出産育児一時金付加金請求書
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 番号					
	被保険者（請求者）の氏名			生年月日		
				昭和 平成 年 月 日		
	出産年月日		令和 年 月 日		生産・死産の別 及び人数	生産・死産 単胎・多胎（児） (妊娠 第 週又は第 月)
	出産した場所 (医療機関名等)		医療施設等名称			
			所在地			
	被扶養者の出産である ときはその者の		氏 名		生年月日	
					昭和 平成 年 月 日	
	出生児の		氏 名		生年月日	
					令和 年 月 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 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			健康保険組合等 の名称		
				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。 年 月 日 住所 〒 被保険者の 氏名 健康保険組合理事長 殿						

- 【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。