

被 保 険 者 出 産 育 児 一 時 金 内 払 金 支 払 依 頼 書 ・ 差 額 請 求 書
 家 族

西武健康保険組合理事長 殿

No.

被 保 険 者 記 入 欄	被保険者等	記号					番号					
	被保険者の	会社名					所属					
		氏名										
		住所	(〒 -)									
		生年月日	昭和 平成	年	月	日	資格取得日	昭和・平成 令和	年	月	日	
	被扶養者が 出産したときは その方の	氏名					続柄					
		生年月日	昭和 平成	年	月	日	被扶養者 認定日	昭和・平成 令和	年	月	日	
	出 産 年 月 日			令和 年 月 日 (死産のとき 妊娠 ヶ月)								
	同一の出産について 他健保等からの出産育児一時金を			<input type="checkbox"/> 受給しない <input type="checkbox"/> 受給した・受給予定								
	振 込 金 融 機 関	銀行名		支店名		口座種目	口座番号(右詰めで記入)				口座名義(カタカナ)	
銀行 信用金庫		本店		1 普通								
信用組合 農 協		支店 出張所		2 当座								
ゆうちょ銀行			通帳記号		通帳番号				口座名義(カタカナ)			
			1			0			1			

【添付書類】

下記の□にチェックし、一緒にご提出ください。

『領収・明細書』(写)

※専用請求書の内容と相違ない旨が記載されたもの、および産科医療補償制度に加入している医療機関で出産した場合、
加算対象分娩であることを証する印のあるもの

『直接支払制度合意文書』(写)

押 印 欄	事 業 所					所 属				
-------------	-------------	--	--	--	--	--------	--	--	--	--

健保受付年月日
