

出産育児一時金等差額・付加金申請書

被保険者証 記号番号	記号		事業所名称		
	番号				
分娩者氏名			被保険者 との続柄		
分娩年月日	年 月 日		生産・死産の別	生産 死産（妊娠 月）	
出生児氏名			被保険者 との続柄		
出産した 医療機関等	医療機関等名称			産科医療補償制度 加入の有無	有 無
	医療機関等住所				
<p>上記のとおり申請します。</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p style="text-align: right;">被保険者 印 住 所</p> <hr style="border: 0.5px solid black;"/> <p style="text-align: right;">氏 名 (印)</p> <hr style="border: 0.5px solid black;"/> <p style="text-align: right;">電話番号</p> <hr style="border: 0.5px solid black;"/> <p style="text-align: right;">労働者健康安全機構健康保険組合理事長 殿</p>					
備 考 欄					

注意事項

- ・医療機関等が発行する「直接支払制度の利用に係る合意文書」の写し及び、「出産費用明細書」の写しを添付してください。
- ・被保険者証の記号番号に代えてマイナンバーにより申請する場合は、備考欄へ記載してください（事業所を経由せずにマイナンバーを記載した場合は、個人番号確認、本人確認をするための書類の添付が必要です）。