被保険者
家　　族

出産育児一時金付加金・差額請求書　（直接支払制度利用者用）

TISインテックグループ健康保険組合

被保険者が記入するところ					
① 被保険者証の記号・番号	記号		番号	② 事業所名	
③ 被保険者の氏名				④ 被保険者の生年月日	□ 昭和 □ 平成　年　月　日
⑤ 被保険者の住所	〒 □□□ － □□□□				
⑥ 被保険者の電話番号				⑦ 被保険者のメールアドレス	
⑧ 出産年月日	令和　年　月　日			⑨ 死産のときはその旨	
⑩ 出産した医療施設について	名称			所在地	
⑪ 被扶養者が出産した場合	氏名			生年月日	□ 昭和 □ 平成　年　月　日
⑫ 出生児の氏名				⑬ 出生児が被保険者の被扶養者であるかどうか	□ ある　□ ない
⑭ 出生児が被保険者の被扶養者でないときはその理由					
⑮ 振込先 ※被保険者名義の口座を記入してください。	銀行名			口座番号	□ 普通 □ 当座
	支店名			名義（カタカナ）	

備考欄												

令和　年　月　日　提出

第一子ご出産の被保険者および被扶養者の方を対象に、健康情報誌「赤ちゃんとママ」を健保組合より、一年間お届けいたします。

≪注意事項≫

・出産育児一時金の直接支払制度を利用された方は、この請求書で付加金(15,000円)を請求してください。

・出産費用が500,000円 ※2023年3月までは420,000円 （産科医療補償制度の対象外となる出産のときは488,000円 ※2023年3月までは408,000円） を下回った場合は、その差額を付加金に加算してお支払いいたします。

・医療機関から交付された出産費用の領収・明細書の写しを添付してください。

受付日付印

R5.4