

出一

被保険者
家族
(被扶養者)

出産育児一時金(内払金)請求書 【直接支払差額分】

アサヒグループ健康保険組合 御中

被 保 険 者 記 入 欄	被保険者証の 記号・番号	—		事業所名					
	被保険者の氏名	Ⓜ		被保険者の 生年月日	昭和 平成	年	月	日	
	分娩年月日	令和	年	月	日	死産のときは その旨	妊娠	ヵ月 週	死産
	出生児の氏名			被保険者と出 生児との続柄		出生児は被扶 養者であるか	ある ・ ない		
	被扶養者が 分娩したとき	分娩者氏名			分娩者の生年月日			被保険者との続柄	
					昭和 平成	年	月	日	
	分娩した医療機関	名称							
		所在地							
	分娩年月日	令和	年	月	日	出生費用	円		
	委任状	この保険給付金の受領方を所属事業所に委任します。 令和 年 月 日 住所 被保険者 氏名 Ⓜ TEL							

健 保 記 入	制度加入病院	出産費用 42万円 — 円	支給額			
		要: 領収書(写)上に産科医療補償制度加入機関の捺印	円			
	制度加入外病院	出産費用 40.4万円 — 円	支給額			
			円			
	資格取得日	平成 令和	年	月	日	受付印
	資格喪失日	令和	年	月	日	

(2019.5)

【添付書類】

1. 直接支払制度利用の合意書の写し
2. 分娩医療機関が発行した「領収書・明細書」の写し
※産科医療補償制度の対象分娩の場合は、産科医療補償制度加入のスタンプ印のある領収書が必要