

支給決定伺	伺年月日	令和	年	月	日
	決裁年月日	令和	年	月	日
支給決定額	常務理事	事務長	課長	係	
	円				

被保険者  
家族

## 出産育児一時金等差額請求書

被保険者証の 記号・番号	記号 番号	事業所名	
資格取得 年月日	昭・平・令 年 月 日	出生児氏名	続柄
資格喪失 年月日 (退職日の翌日)	令和 年 月 日	分娩した 医療施設等 の名称及び 所在地	
分娩した 年月日	令和 年 月 日		(続柄)
死産・流産の 時はその旨 (○で囲む)	死産 ・ 流産	被扶養者が 分娩した時は その氏名・ 生年月日	氏名 昭和・平成 年 月 日生

上記のとおり請求します

令和 年 月 日

### BIPROGY健康保険組合 御中

本給付金の受領権限を \_\_\_\_\_ に委任します

被保険者 千 \_\_\_\_\_

住所 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_ (印)

電話 \_\_\_\_\_

退職済の場合：振込希望口座 銀行 支店 普通 当座 NO.

(ここで知り得た個人情報は、当組合のプライバシーポリシーに従い、健康保険業務以外には使用しません。)

#### (請求上の注意)

この請求書は、「直接支払制度」を利用した場合で、出産費用(令和5年4月1日以降の出産に限る)が以下に該当した時に、差額を請求するものとなります。

- ▶産科医療補償制度対象 … 50万円未満
- ▶産科医療補償制度対象外 … 48.8万円未満

該当する場合、以下書類の写しを添付して、ご提出ください。支給は出産から2, 3ヵ月後となります。

- ・公的な出産証明(母子手帳/出生証明書/戸籍謄本/戸籍抄本)
- ・医療機関から交付される出産(分娩)費用明細書、または領収・明細書

※「受取代理制度」を利用した場合は、出産費用が「50万円(産科医療補償制度対象の場合) + 健保からの付加給付の額」を下回った場合に本請求書をご提出ください。添付書類は上記の2種類となります。