

該当する□に必ず✓する

- 全額請求する (出産費用全額を医療機関窓口支払いの方)
 内払金(差額請求) (出産費用50万円未満の方)
 付加金請求

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	被保険者証の記号・番号					被保険者 (請求者) の氏名	フリガナ	カンサイ ハチコ			生年月日			
	8	0	1	9	9		9	関西 ハチ子			昭和 平成 令和	〇	〇	〇
	被保険者の現住所		〒 530 - 8408 大阪市北区〇〇〇2丁目〇番〇号									☎ 06 - 0304 - 8008		
	被保険者の勤務する (していた)事業所名		関西テレビ放送株式会社											
	被保険者の資格 を取得した日		昭和 平成 令和 〇 年 4 月 1 日			被保険者の 標準報酬月額		千円						
	出生児の氏名		フリガナ カンサイ タロウ ※ 関西 太郎			出産した 年月日		令和 〇 年 〇 月 〇 日						
	被保険者と出生児 の続柄 (長男・長女等記入)		長男		出生児はあなたの 被扶養者ですか		被扶養者である ・ 被扶養者でない							
	関西テレビ放送健康保険組合の被扶養者が分娩した場合、記入してください。													
	出産者の氏名		関西 ハチ子			出産者の 生年月日		昭和 平成 令和 〇 年 〇 月 〇 日						

※ 「死産・流産・人工妊娠中絶の場合は、記載は不要です。」

医 師 又 は 助 産 師 が 証 明 す る と こ ろ	分娩した 年月日	令和 年 月 日	出産又は 死産の別	生産・死産(妊娠 ヶ月)
	うえのとおり相違ありません。			令和 年 月 日
	医療施設の所在地	〒 -	☎ -	
	医療施設の名称	印		
職名 () 医師・助産師の氏名				

添付書類 必ず添付して下さい。

- * 医療機関等交付の「直接支払制度合意書」(直接支払制度利用します・しませんを選択記入した書類)をコピーしたもの
- * 医療機関が発行した「分娩費用の領収書」(コピー)
(産科医療補償制度に加入する分娩機関に対しては所定のスタンプが配布されています。)



スタンプイメージ

支給決定額

出産育児一時金

同 付加金

円

常務理事	事務長	担当者

関西テレビ放送健康保険組合