

受付年月日	年 月 日	
伺 年月日	年 月 日	
決裁年月日	年 月 日	
支給額	円	
支給 内訳	内払金(差額)	円
	出産育児付加金	円

支給支払決議書			
常務理事	事務長		担当者
資格取得日	年 月 日		
資格喪失日	年 月 日		
支払年月日	年 月 日		

健康保険 被保険者 家族 出産育児一時金内払金(差額・付加金)支払依頼書

被 保 険 者 （ 請 求 者 ） が 記 入 す る 欄	被保険者の 記号と番号	記号	番号	事業所の 名称	
	被保険者の氏名	フリガナ		被保険者の 生年月日	昭和・平成 年 月 日
	被保険者の 住所と電話番号	〒			
	被扶養者(家族) が出産したときは その者の氏名	フリガナ		続 柄	
	出生児の名前			生年月日	昭和・平成 年 月 日
	振込先金融機関 (被保険者の口座)	銀行 信用金庫 信用組合	支店	普通	口座番号
			口座名義人 氏名	フリガナ	
上記のとおり申請します。					
令和 年 月 日					
ホーラ・オルビスグループ 健康保険組合理事長殿		住所 〒		被保険者の 氏名	
㊟					

【添付書類】

- ※医療機関等の発行する領収・明細書の写し(「専用請求書の内容と相違ない旨」の記載があるもの、産科医療補償制度の加算対象の出産である場合、そのことを証するスタンプが押印されているもの)
- ※医療機関等から交付される合意文書の写し(直接支払制度を利用する旨及び当健保である旨記載したもの)

受付日付印