

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

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)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	〒 TEL:			
	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	
				生年月日	平成・令和 年 月 日
	出生児の名前			出産した年月日	平成・令和 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・当座	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