

被保険者

家 族 出産育児一時金等内払金（差額分）・出産育児付加金支払依頼書

◎添付書類 出産費用の内訳を記した明細書の写し（出産した施設が発行したもの）

被 保 険 者 が 記 入 す る 欄	被 保 険 者 証 の 記 号 番 号	—	被保険者の 氏 名	Ⓜ	
	被 保 険 者 の 住 所	〒 —			
	事 業 所 の 名 称				
	分 娩 年 月 日	年 月 日	死産の時は その旨	(妊娠第 週)	
	家族の分娩である時は その氏名、生年月日		昭 和 平 成	年 月 日生	
	出 生 児 の 氏 名		出生児が被扶 養者かどうか	被扶養者で ある・ない	
	大阪府電気工事健康保険組合理事長 殿 上記のとおり請求いたします。				
				年 月 日	
被保険者の振込 先口座番号等 (郵便局不可)	銀行名 口 座 番 号	銀行 1. 普通 2.	フリガナ 口座名義	支店	

※この請求書は、出産費用に差額があった場合にその差額と、附加給付が支払われます。

産科医療保障制度加入の医療機関で出産し、出産費用が42万円を超えた場合は、附加給付のみ支払われます。

※附加給付額は、被保険者は15,000円、被扶養者は10,000円です。

大阪府電気工事健康保険組合