

※支給決議書	支給年月日	令和 年 月 日						常務理事	事務局長	リーダー	担当		
	支給額												
	支給内訳	法定							分娩年月日	昭和・平成・令和	年	月	日
		付加							認定年月日	昭和・平成・令和	年	月	日
	備考							資格取得日	昭和・平成・令和	年	月	日	
							資格喪失日	昭和・平成・令和	年	月	日		

被保険者
家 族

出産育児一時金(差額・付加金)請求書
兼
内払金支払依頼書

直接支払制度利用者用

被 保 険 者 が 記 入 す こ こ	被保険者等 記号・番号(※)	記号 番号	被保険者の 氏名	生年月日	昭和・平成	年	月	日			
	※ KOSMO-Webに掲載している「資格情報のお知らせ」をご参照ください										
	被保険者の 現住所	〒			TEL ()						
	事業所名 (所属)				TEL ()						
	分娩年月日	令和	年	月	日	死産のときは その旨					
	家族の分娩であ るときはその者の	氏名				続柄					
	被保険者が資格喪失後の分娩のとき.....現在加入している健康保険についてご記入ください 被扶養者(家族)が認定日より6ヶ月以内に分娩したとき.....分娩6ヶ月前に加入していた健康保険についてご記入ください										
	保険者名称 (健康保険)	<input type="checkbox"/> 健康保険組合 <input type="checkbox"/> 協会けんぽ <input type="checkbox"/> 国民健康保険			保険証記号・番号	—					
				TEL (健康保険)	()						
	被扶養者(家族)の分娩で分娩前6ヶ月以内に 会社に勤務していたときその勤務先			TEL							
退職後の請求 の場合本人 名義の振込先	銀行	本店	金融機関番号	店舗番号	口座番号						
			信用金庫	支店							
			信用組合	出張所							
委 任 状	本請求により支給される出産育児一時金(家族出産育児一時金)等の 受領に関することを下記の者に委任します。							令和	年	月	日提出
	所在地 事業所名称 事業主名称						 受付日付印			
	----- 委任者氏名										

注意事項

- ア. 医療機関等から交付される出産費用の「領収・明細書」の写しを添付して下さい。
- イ. 医療機関等から交付される「直接支払制度を利用する旨の合意文書」の写しを添付して下さい。