

※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	被扶養者届
		資格喪失日	昭和・平成・令和	年	月	日		

被保険者
家族 出産育児一時金請求書

注意事項

※この請求書は「直接支払制度」利用の方用ではありません。制度を利用した方は「直接支払制度利用者用」を使用下さい。

ア. 医療機関等から交付される出産費用の「領収・明細書」及び「直接支払制度を利用しない旨の合意文書」のいずれも写しを添付して下さい。
 イ. 医師・助産師又は市区町村長が証明する欄（請求書にある欄）に証明いただくか、もしくは、出生証明書か戸籍謄本（抄本）のいずれか本紙を添付して下さい。
 ウ. 被保険者が資格喪失後に請求する場合、新たに加入した健康保険証の写しを添付して下さい。
 エ. 海外で分娩した場合は委任状欄（記載の他の保険者の連絡先）に記載した文書を添付して下さい。
 オ. 他国の保険者（健康保険）には請求しない旨②当請求に関し、他の保険者に照会することにより同意する旨③他の保険者の連絡先」を記載した文書を添付して下さい。

被保険者等 記号・番号(※)	記号 11 番号 12345	被保険者の 氏名	日航 花子 生年月日 昭和・平成 60年 3月 3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	〒 123-1234 東京都大田区羽田1-2-3		TEL	03 (1234) 1111			
事業所名 (所属)	株式会社 JALOO (△△部)		TEL	03 (5678) 9999			
分娩年月日	令和 5 年 7 月 3 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		被保険者等 記号・番号	—			
被扶養者(家族)の分娩で分娩前6ヶ月以内に 会社で勤務していたときその勤務先	TEL		TEL (健康保険)	()			
退職後の請求 の場合本人 名義の振込先	銀行 信用金庫 信用組合	本店 支店 出張所	金融機関番号	店舗番号	口座番号		
分娩年月日	令和 年 月 日	生産・死産の別	生産・死産 (妊娠 週 日)				
出生児の数	単胎・多胎 (児)	備考					
上記のとおり相違ないことを証明する。 令和 年 月 日 医療施設の名称・所在地 医師・助産師名							
本籍	筆頭者氏名						
出生届出日	令和 年 月 日	出生児氏名					
出生年月日	令和 年 月 日	上記のとおり相違ないことを証明する。 令和 年 月 日 市区町村長名					
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	交付日付印			
所在地 事業所名称 事業主名称	<div style="border: 1px solid red; padding: 5px; display: inline-block;"> 事業主証明印を、事業所健保窓口に て、ご記入いただいで下さい。 </div>		<div style="border: 1px solid red; padding: 5px; display: inline-block;"> 特例退職及び任意継続 の方は記入不要。 </div>				
委任者氏名	<div style="border: 1px solid red; padding: 5px; display: inline-block;"> 被保険者の署名が必要です。 </div>						

該当する方は記入して
いずれかの証明をもらってください