

※支給決議書	支給年月日	令和	年	月	日	常务理事	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	被扶養者届
		付加					認定年月日	昭和・平成・令和	年	月	日	
	備考						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は、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。
 オ. 本紙を添付して下さい。

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		被保険者等 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 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 ()		備考				
上記のとおり相違ないことを証明する。 医療施設の名称・所在地 医師・助産師名				令和 年 月 日			
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。 市区町村長名				令和 年 月 日			
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	
委任状 所在地 事業所名称 事業主名称 ----- 委任者氏名					 受付日付印	