

※支給決議書	支給年月日	令和 年 月 日	常務理事	事務局長	担当
	支給額				
	支給内訳	法定			
	付加				
	備考				

被保険者 家族 出産育児一時金(付加金)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. 医師・助産師又は市区町村長が証明する欄(請求書に添付して下さい)のいずれも写しを添付して下さい。
イ. 医療機関等から交付される領収・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。
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は委任状欄へ記載の上、『①他の保険者(健康保険)には請求していません』を記載した文書を添付して下さい。
オ. 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。
カ. 医師・助産師又は市区町村長が証明する欄(請求書に添付して下さい)のいずれも写しを添付して下さい。
キ. 本紙を添付して下さい。

被保険者等 記号・番号(*)	記号 11 番号 12345	被保険者の 氏名	日航 太郎 生年月日 昭和 平成 令和 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	〒 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 日航 花子	続柄	妻		
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	銀行 本店 信用金庫 支店 信用組合 出張所		金融機関番号	店舗番号	口座番号
退職後の請求 の場合本人 名義の振込先	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 ⑩					
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 ⑩			
委任状	所在地 事業所名称 事業主名称		令和 年 月 日提出 受付日付印		
委任者氏名	事業主証明印を、事業所健保窓口にて、ご記入いただいて下さい。 被保険者の署名が必要です。		特例退職及び任意継続の方は記入不要。		

該当する方は記入して下さい
いずれかの証明をもらってください