

※支給決議書	支給年月日	平成	年	月	日	常務理事	事務局長	グループ長	担当					
	支給額													
	支給内訳	法定				分岐年月日	平成	年	月	日	被扶養者届			
		付加				認定年月日	昭和・平成	年	月	日				
備考					資格取得日	昭和・平成	年	月	日	資格喪失日	平成	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 る と こ ろ	被保険者証 の記号・番号	記号 <u>11</u> 番号 <u>12345</u>	被保険者の 氏名と印	<u>日航花子</u> 生年月日 <u>昭和・平成53年 8月 10日</u>	<input checked="" type="checkbox"/>
	被保険者の 現住所	<u>〒123-1234 東京都大田区羽田1-2-3</u>		TEL <u>03 (1234) 1111</u>	
	事業所名 (所属)	<u>株式会社 JAL〇〇 (△△部)</u>		TEL <u>03 (5678) 9999</u>	
	分岐年月日	平成 <u>21</u> 年 <u>11</u> 月 <u>30</u> 日	死産のときは その旨		
	家族の分岐であ るときはその者の	氏名	続柄		
	出生児の氏名	<u>日航桃子</u>		出生児が被保険者の 被扶養者であるかどうか	<input checked="" type="checkbox"/> ない
	被保険者が資格喪失後の分岐のとき……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ヶ月以内に分岐したとき……分岐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	—	
	被扶養者(家族)の分岐で分岐前6ヶ月以内 に会社で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
委任状	所在地 事業所名称 事業主名称	事業主証明印を、事業所健保窓口にて 押印いただいでください。 ㊟		受付印 特例退職(保険証の記号30)及び 任意継続(保険証の記号19) の方は記入不要。	
	委任者氏名	被保険者の署名・捺印が必要です。 ㊟		平成 年 月 日提出	

該当する方は記入してください

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。
- ウ. 被保険者が資格喪失後に請求する場合は、新たに加した健康保険証の写しを添付して下さい。