

| | | | | | | | | | | | | | | |
|--------|-------|----|---|---|-------|-------|-------|-------|----|-------|-------|---|---|---|
| ※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(付加金)請求書

※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。

| | | | | | | | | | |
|--|---|--|-------------|---|---|------|---|---|----|
| 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>日航太郎</u> 生年月日 <u>昭和・平成50年 5月 5日</u> | | | | | |
| | 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> | | | | |
| | 分娩年月日 | 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 | <u>日航花子</u> | 続柄 | <u>妻</u> | | | | | |
| | 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"/> ある <input 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8ヶ月以内に分岐したとき………分岐8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届出先 | 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 | | | |
| 分岐年月日 | 平成 | 年 | 月 | 日 | 生産・死産の別 生産・死産(妊娠週日) | | | | |
| 出生児の数 | <u>単胎・多胎(見)</u> | | 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 | | | | | | | | | |
| 本籍 | | | 申請者氏名 | | | | | | |
| 出生届出口 | 平成 | 年 | 月 | 日 | 出生児氏名 | | | | |
| 出生年月日 | 平成 | 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 | | | | | | | | | |
| 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。 | | | | 平成 | 年 | 月 | 日 | 提出 |
| 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 押印いただきます。 | | | | <input checked="" type="checkbox"/> | | | | |
| 委任者氏名 | 被保険者の署名・捺印が必要です。 | | | | <input checked="" type="checkbox"/> | | | | |

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届出書」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、出生証明書が戸籍簿本(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は委任状欄(記載の上、「①他の保険者(健康保険)」を記載した文書を添付して下さい。
オ. 他、他の保険者の連絡先」を記載した文書を添付して下さい。

▶ 該当する方は記入してください