

※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		被扶養者 届
		付 加					認定年月日	昭和・平成・令和 年 月 日		
	備考					資格取得日	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。

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。
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。
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）のいずれか添付して下さい。
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。

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	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)	☐ 健康保険組合 ☐ 協会けんぽ ☐ 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 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	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			
	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、ご記入いただいて下さい。			 受付日付印			
	委任者氏名	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
いずれかの証明をもらってください

(2024.12)

日 本 航 空 健 康 保 険 組 合

※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					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						資格取得日	昭和・平成・令和 年 月 日		

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。

エ. 海外で分娩した場合、他の保険者の連絡先』を記載した文書を添付して下さい。
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。
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）に証明したくか、もしくは、出生証明書か戸籍謄本（抄本）のいずれか添付して下さい。
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」のいずれか添付して下さい。

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	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 58 年 7 月 10 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)	☐ 健康保険組合 ☐ 協会けんぽ ☐ 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 (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 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	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	
	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、ご記入いただいて下さい。						受付日付印	特例退職及び任意継続 の方は記入不要。	
	委任者氏名	被保険者の署名が必要です。								

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

(2024.12)

日本航空健康保険組合