

※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(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 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	5	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	—					
							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						
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、押印いただいて下さい。						交付日付印				
	委任者氏名	被保険者の署名・捺印が必要です。						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、新たに加入した健康保険証の写しを添付して下さい。

※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			
							資格取得日	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(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 <u>昭和</u> 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 5 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 会社に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					
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、押印いただいて下さい。					受付日付印				
	委任者氏名	被保険者の署名・捺印が必要です。					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、新たに加入した健康保険証の写しを添付して下さい。