

※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			
			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(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)のいずれか本紙を添付して下さい。
 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	被保険者証の記号・番号	記号 11 番号 12345	被保険者の氏名と印	日航 花子 生年月日 昭和・平成・令和 60年 3月 3日	日航	
	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	平成 令和 1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				
	出生児の氏名	日航 桃子			出生児が被保険者の被扶養者であるかどうか ある ない	
	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		保険証記号・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 ()				
	退職後の請求の場合本人名義の振込先	銀行 本店 金融機関番号	信用金庫 支店 店舗番号	信用組合 出張所	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。 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。 所在地 事業所名称 事業主名称 委任者氏名				令和 年 月 日 提出 交付日付印 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。	

該当する方は記入して
いづれかの証明をもらってください