

※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					被扶養者届
		付加					
	備考						

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は委任状欄へ記載の上、『①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)のいずれも写しを添付して下さい。
 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 太郎 生年月日 昭和 58 年 7月 10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	日航 花子			続柄	妻	
	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、押印いただき下さい。	 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(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

いずれかの証明をもらってください