

健康保険 被保険者 家族 出産育児一時金請求書 (直接支払制度利用)

被保険者(申請者)情報	記号	番号	生年月日	年	月	日					
	被保険者証の	18	—	5551234	<input type="checkbox"/> 昭和	0	2	0	4	0	1
	ふりがな	コスモ たろう		<input checked="" type="checkbox"/> 平成							
	被保険者氏名	コスモ 太郎		電話番号	03	—	3798	—	0123		
	住所	〒 105 — 0022 東京都港区芝浦1-1-1									
事業所名称	コスモ石油(株)		所在地	東京都港区芝浦1-1-1							
委任状	コスモエネルギーグループ健康保険組合理事長殿 出産育児一時金(直接支払制度利用)を申請いたします。(任意継続被保険者を除く) 当申請により支給される金額の受領を事業主に委任いたします。		令和		年	月	日	必ずご記入ください			
	被保険者氏名										

申請内容(申請者が記入)	1 出産した者	2	1. 被保険者 2. 家族(被扶養者)	生年月日	年	月	日				
	1-① 家族の場合はその方の氏名	コスモ 花子		<input type="checkbox"/> 昭和	0	2	0	5	0	1	
	2 出産した年月日	令和	0	5	年	0	5	月	0	5	日
	3 生産または死産の別	1	1. 生産 2. 死産 3. 生産・死産混在								
	3-① 生産の場合出生人数	1	人	3-② 死産の場合死産児数		人	3-②-(1) 死産の場合妊娠経過期間	満		週	
4 出産した医療機関等の名称	〇〇産婦人科		所在地	東京都港区△△△							
5 出産した方	●被保険者 → 退職後6か月以内の出産ですか。 ●家 族 → 当組合に加入後6か月以内の出産ですか。		1	1. はい 2. いいえ							
5-① 「はい」の場合、『保険者名』と『記号・番号』をご記入ください。	保険者名	〇〇健康保険組合									
●被保険者 → 現在加入している保険者について ●家 族 → 当組合加入前に加入していた保険者について	記号・番号	55-43840									
5-①-(1) 同一の出産について、5-①の保険者より出産育児一時金を	2	1. 受けた/受ける予定 2. 受けない									

<以下の書類を必ず添付してください>

- ① 出産費用が確認できる明細書等のコピー(産科医療保障制度適用の場合は、その押印がある明細書等のコピー)
② 医療機関から交付される代理契約に関する文書のコピー

支給金額							
法定給付							
付加給付							
合計							

常務理事	事務長	係

健保受付年月日