

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	—	<input type="checkbox"/> 昭和						
	ふりがな		<input type="checkbox"/> 平成						
	被保険者氏名		電話番号	—	—				
	住所	〒	—						
事業所名称		所在地							
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。 被保険者氏名					令和	年	月	日

申請内容(申請者が記入)	1 出産した者	<input type="checkbox"/>	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			<input type="checkbox"/> 昭和						
	2 出産した年月日	令和		年		月		日		
	3 生産または死産の別	<input type="checkbox"/>	1. 生産 2. 死産 3. 生産・死産混在	<input type="checkbox"/> 平成						
	3-① 生産の場合出生人数	<input type="checkbox"/>	人	3-② 死産の場合死産児数	<input type="checkbox"/>	人	3-②-(1) 死産の場合妊娠経過期間	満	<input type="checkbox"/>	週
	4 出産した医療機関等の名称		所在地							
	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。		<input type="checkbox"/>	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。	●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		保険者名							
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			記号・番号							
			<input type="checkbox"/>	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