

## 健康保険 被保険者 家族 出産育児一時金請求書 (制度利用なし)

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	こすも 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(制度利用なし)を申請いたします。 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。(任意継続) 令和 年 月 日 被保険者氏名 <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;">必ずご記入ください</span>										

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	<input type="checkbox"/> 昭和							
	3-① 牛産の場合出生人数	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』を記入	●被保険者 → 現在加入している保険者について		保険者名	〇〇健康保険組合							
5-①-①(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	●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(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								

市区町村長の証明欄 医師・助産師または 医師・助産師または	出産者氏名	出生年月日	令和	年	月	日
	出生時の数 <input type="checkbox"/> 単胎 <input type="checkbox"/> 多胎 ( 児)	生産または死産の別 <input type="checkbox"/> 生産 <input type="checkbox"/> 死産 (妊娠 週)				
	上記のとおり相違ないことを証明する。 令和 年 月 日	医療施設の所在地 医療施設の名称 医師・助産師の氏名	必ずこの欄の証明を貰ってから申請してください。			

&lt;以下の書類を必ず添付してください&gt;

- 医療機関発行の領収書のコピー
- 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