事業所担当印

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

被保険者証の	記号 18 ― 番号 5551234	生年月日 ☐昭和 ☑平成	02年04月01日
被保険者氏名	ふりがな こすも たろう 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。（任意継続被保険者を除く） 被保険者氏名	令和 年 月 日	

必ずご記入ください

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 ☐昭和 ☑平成 02年05月01日
1－① 家族の場合はその方の氏名	コスモ 花子		
2 出産した年月日	令和 05年 05月 05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 上記5が「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 ●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	〇〇健康保険組合	
	記号・番号	55-43840	
5－①－(1) 上記5が「はい」の場合 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	

対象の方はご注意ください

医師・助産師または市区町村長の証明欄

出産者氏名		出生年月日	令和 年 月 日
出生時の数	☐ 単胎 ☐ 多胎（ 児）	生産または死産の別	☐ 生産 ☐ 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。

＜以下の書類を必ず添付してください＞
① 医療機関発行の領収書のコピー
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