

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	-	5551234	生年月日	年	月	日
	被保険者氏名	ふりがな	こすも たろう		<input type="checkbox"/> 昭和	0	2	0
			コスモ 太郎		<input checked="" type="checkbox"/> 平成	0	2	0
					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。						
		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	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
					<input checked="" type="checkbox"/> 平成	0	2	0
	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	
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 ●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) 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	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。			

<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