

(直接支払制度を利用した場合)

被保険者  
家 族

出産育児一時金内払金(差額)・付加金請求書

①被保険者証の 記号・番号	記号	番号	②事業所 の名称	
③被保険者の 氏 名			④被保険者の 生年月日	年 月 日
⑤出産年月日	年 月 日		⑥死亡のときはその旨	
⑦出産した場所	医療施設等の名称		医療施設等の所在地	
⑧家族の出産であるときは その氏名・生年月日	氏名		生年月日	年 月 日
⑨出生児の氏名			⑩出生児の生年月日	年 月 日
私は所属する事業所を代理人と定め、受領を委任し上記の通り申請します。				
年 月 日				
〒				
被保険者 住所				
氏名				
コクヨ健康保険組合理事長 殿				

●退職者は振込先を記入してください。(任意継続者は保険料引落口座になります)

振 込 先	口座名義	フリガナ 氏名
	銀行	銀行 支店 普通 ・ 当座 口座番号：

【添付書類】 医療機関から交付される出産育児一時金(分娩費用)明細書の写し

(記入上の注意)

I. 被保険者への注意事項

1. 標題は、被保険者が出産したときは、「被保険者」を、家族が出産したときは、「家族」を○印で囲んでください。
2. ⑦欄の出産した場所は、出産した病院、診療所又は助産所などの医療施設名を記入してください。(なお、自宅出産の場合は、その旨を記入してください。)
3. ⑧欄は、被保険者(本人)の出産育児一時金の請求であるときは、斜線で抹消してください。
4. ⑨、⑩欄には、出生児が複数のときは、それぞれの氏名、生年月日を記入してください。

II. 添付書類

**医療機関から交付される「出産育児一時金(分娩費用)明細書」の写しを添付してください。**