

被保険者
家 族

出産育児一時金(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	⑦死亡のときはその旨		
⑧出産した場所	医療施設等の名称		医療施設等の所在地			
⑨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
⑩出生児の氏名			⑪出生児の生年月日	年	月	日
⑫出生児が被扶養 者かどうか	被扶養者で ある ない		⑬出生児が被扶養者でな いときはその理由			
<p>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とおり上記の通り申請します。</p> <p>年 月 日 印</p> <p>被保険者 住所</p> <p>コクヨ健康保険組合理事長 殿 氏名</p>						

医師・助産師又は市区町村長が証明する欄	⑬出産年月日	年 月 日	⑭生産・死産の別	生産・死産(妊娠第 月又は第 週)		
	⑮出生児の数	単胎・多胎(児)				
	上記のとおり相違ないことを証明する。					
	年 月 日		医療施設等の名称・所在地 医師・助産師名			
	⑯本 籍			⑰筆頭者氏名		
	⑱出生届出日	年 月 日	⑲出生児 氏 名			⑳出生 年月日
上記のとおり相違ないことを証明する。						
年 月 日		市区町村長名			印	

●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：

- ① 医療機関から交付される出産費用の領収・明細書の写し
② 合意文書(直接支払制度を利用していない旨がわかる文書)の写し } を添付してください。

(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. ⑧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. ⑨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. ⑩、⑪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。
5. 医師又は助産師の証明が外国語で作成されているときは、日本語の翻訳文(翻訳者の氏名、住所等を記載したもの)を添付してください。

II. 医師、助産師又は市区町村長への注意事項

⑮⑯⑰欄は、該当する文字を○印で囲み、死産の場合は、妊娠第○月又は第○週であったかを記入してください。

III. 添付書類

- ① 医療機関から交付される出産費用の領収・明細書の写し
- ② 合意文書(直接支払制度を利用していない旨がわかる文書)の写し