

*出産した人が当健康組合の資格を取得して6ヶ月以内の出産の場合、「家族出産育児一時金・付加金の請求にあたって」も一緒に提出下さい

被保険者
家族

出産育児一時金(付加金)請求書

記入例

| | | | | |
|---------------------------|-----------------------|-------------|-------------------------|------------------|
| ①被保険者の 記号・番号 | 記号 123 | 番号 13579 | ②事業所の名称 | ココヨ** (株) |
| ③被保険者の 氏名 | 〇〇 太郎 | | ④被保険者の 生年月日 | 平成 2 年 10 月 15 日 |
| ⑤出産年月日 | 令和3年 10月 2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 | |
| | 〇〇産婦人科医院 | | 大阪市〇〇区〇〇1丁目〇番地 | |
| ⑨家族の出産であるときは その氏名・生年月日 | 氏名 | 〇〇 花子 | 生年月日 | 平成 5年 6月 8日 |
| ⑩出生児の氏名 | 〇〇 拓也 | | ⑪出生児の生年月日 | 令和3年 10月 2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 | |

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。

令和 3 年 10 月 30 日

〒〇〇〇-1234

被保険者 住所 〇〇市〇〇町 3-5-7

ココヨ健康保険組合理事長 殿

氏名 〇〇 太郎

| | | | | | |
|--------------------------------------|---|----------------------------------|------------|--------------------|-------|
| 医師・助産師又は市区町村長が証明する欄 | ⑯出産年月日 | 年 月 日 | ⑰生産・死産の別 | 生産・死産 (妊娠第 月又は第 週) | |
| | ⑱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 | | | | |
| | ⑲本 籍 | 医師・助産師又は市区町村長の 証明のいずれかを受けください | | ⑳申請者氏名 | |
| | ㉑出生届出日 | 年 月 日 | ㉒出生児 氏名 | 22出生 年月日 | 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 ㉓ | | | | | |

●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。 (2021)

(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