

\*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 <b>ある</b> 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	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申請者氏名		⑱出生年月日	
	⑳出生届出日	年 月 日	出生児氏名	22出生年月日	年 月 日

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

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				
------------------------------------	--	--	--	--

●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 } (2021) 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、妊娠第〇月又は第〇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