

※支給決議書	支給年月日	平成 年 月 日				常務理事	事務局長	グループ長	担当		
	支給額										
	支給内訳	法定									
		付加									
備考	分岐年月日	平成	年	月	日	被扶養者届	認定年月日	昭和・平成	年	月	日
		資格取得日	昭和・平成	年	月	日					
		資格喪失日	平成	年	月	日					

被保険者
家族

出産育児一時金(付加金)請求書

※この請求書は「直接支払制度」利用の方用ではありません。制度を利用した方は「直接支払制度利用者用」を使用下さい。

被保険者が記入するところ	被保険者証の記号・番号	記号 <u>11</u> 番号 <u>12345</u>	被保険者の氏名と印	日航 花子 (印)		生年月日	昭和・平成 <u>53</u> 年 <u>8</u> 月 <u>10</u> 日		
	被保険者の現住所	〒 <u>123-1234</u> 東京都大田区羽田1-2-3			TEL	<u>03 (1234) 1111</u>			
	事業所名(所属)	株式会社 JAL〇〇 (△△部)			TEL	<u>03 (5678) 9999</u>			
	分岐年月日	平成 <u>21</u> 年 <u>11</u> 月 <u>30</u> 日		死産のときはその旨					
	家族の分岐であるときはその者の氏名			続柄					
	出生児の氏名	日航桃子			出生児が被保険者の被扶養者であるかどうか	ある <input type="checkbox"/> ない <input checked="" type="checkbox"/>			
	被保険者が資格喪失後の分岐のとき………現在加入している健康保険についてご記入ください 被扶養者(家族)が認定日より8ヶ月以内に分岐したとき………分岐8ヶ月前に加入していた健康保険についてご記入ください								
	保険者名称(健康保険)	<input type="checkbox"/> 健康保険組合 <input type="checkbox"/> 協会けんぽ <input type="checkbox"/> 国民健康保険		保険証記号・番号	—				
	被扶養者(家族)の分岐で分岐前6ヶ月以内に会社に勤務していたときその勤務先			TEL					
	退職後の請求の場合本人名義の届出先	銀行 信用金庫 信用組合	本店支店 出張所	金融機関番号	店舗番号	口座番号			
分岐年月日	平成 年 月 日		生産・死産の別	生産・死産(妊娠週日)					
出生児の数	単胎・多胎(児)		備考						
上記のとおり相違ないことを証明する。 平成 年 月 日 医療施設の名称・所在地 医師・助産師名									
本籍			養育者氏名						
出生届出口	平成 年 月 日		出生児氏名						
出生年月日	平成 年 月 日								
上記のとおり相違ないことを証明する。 平成 年 月 日 市区町村長名									
委任状	本請求により支給される出産育児一時金(家族出産育児一時金)等の受領に際しては下記の者に委任します。								
	所在地 事業所名称 事業主名称	事業主証明印を、事業所健保窓口にて 押印いただきます。 (印)						平成 年 月 日 提出	
	委任者氏名	被保険者の署名・捺印が必要です。(印)						受付日付印 特例退職(保険証の記号30)及び 任意継続(保険証の記号19) の方は記入不要。	

ア. 医療機関等から交付される出産費用の「領収・明細書」及び「直接支払制度を利用しない旨の届出書」を添付して下さい。
イ. 医師・助産師又は市区町村長が証明する欄(請求書にある欄)に証明いただくか、もしくは、出生証明書が戸籍謄本(抄本)のいずれか本紙を添付して下さい。
ウ. 被保険者が資格喪失後に請求する場合は、新たに加入した健康保険証の写しを添付して下さい。
エ. 海外で分岐した場合は委任状欄へ記載の上、「①他の保険者(健康保険)」に記載した文書を添付して下さい。
オ. 医師・助産師又は市区町村長が証明する欄(請求書にある欄)に証明いただくか、もしくは、出生証明書が戸籍謄本(抄本)のいずれか本紙を添付して下さい。
カ. 本請求により支給される出産育児一時金(家族出産育児一時金)等の受領に際しては下記の者に委任します。

該当する方は記入してください