

被保険者 家 族 出産育児一時金（付加金）請求書

コスモスイニシアグループ健康保険組合殿

※必ず次ページの注意事項をお読み下さい。

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	(1) 被保険者証の記号番号	(2) 被保険者（請求者）の氏名		(3) 生年月日		
	000—0000	健保 愛子		昭 平 令 和 ○○年 ○月 ○日		
	所属事業所名称（会社名）			所属部署		
	株式会社○○○○			総務部		
	(4) 被保険者（請求者）の住所	〒000—0000 ○○県○○市○○町1—1		電話 000(000)0000		
家族が分べんしたための請求であるときは、その者の	(5) 氏名	(6) 生年月日	昭和 平成 令和 年 月 日	(7) 分べん日から6ヶ月前の保険加入状況	該当箇所に○をしてください。 () Aコスモスイニシアグループ健保の被扶養者 () B他の健保等の被保険者 () C国民健康保険 () Dその他 ()	
(8) 分べん日	令和 ○○年 ○○月 ○○日	(9) 出産児	(10) 死産児数	(11) 死産のときはその旨	(妊娠 ヶ月) 週	
(12) 出生児氏名	健保 一郎		(13) 続柄	(14) 備考	長男 備考	

↓ B他健保等の被保険者だった方は「不支給証明」が必要です※次ページ7参照

市 区 町 村 長 (20) (25) のいずれかが証明するところ	(15) 分べんした年月日	令和 年 月 日	(16) 生産又は死産の別	生産・死産（妊娠 ヶ月）週	
	(17) 出生児の数	単胎・多胎（ 人）	(18) 備考		
	(19) 直接支払制度利用の有無	無 ・ 有	（健康保険組合への請求予定 年 月 日）		
	上記のとおり相違ないことを証明する。				年 月 日
	(20) 医療施設の名称・所在地	医師・助産師名			
	(21) 本 籍			(22) 筆頭者氏名	
(23) 出生届出日	令和 年 月 日	(24) 出生児氏名	(25) 出生年月日 令和 年 月 日		
上記のとおり相違ないことを証明する。				年 月 日	
(26) 市 区 町 村 長 名					

振 込 先	(27) 銀行名（ゆうちょ銀行を除く）		支店名	支店コード
	(フリガナ) ○○ ○○ 銀行		(フリガナ) ○○シ ○○支 店	0 0 0 0
	預金項目	口座番号	口座名義	
1. 普通 2. 当座	0 0 0 0 0 0 0	(フリガナ) ケンポ アイコ 健保 愛子		

受 付 日 付 印

被保険者名義以外の口座に振込を希望される場合にご記入下さい

(28) 委 任 状	本申請書に基づく給付金に関する受領を代理人に委任します。		年 月 日
	住所 〒		
	被保険者の氏名		
代理人の氏名	(フリガナ)	委任者と代理人との関係	
代理人の住所	〒	電話番号 ()	

給付金の受領を委任する場合は、被保険者・代理人それぞれが記入して下さい。同一筆跡は不可といたします。

- 資格喪失後の請求の場合、付加給付の支給はありませんのでご注意ください。
 - 手続きにつきましては、まずは出産される医療機関等にご確認のうえ、当健保ホームページをご参照ください。
 - 添付書類につきましては、次ページの【注意事項】を確認してください。
- ※ 本書に記入していただいた個人情報については適切に取り扱い、目的外には利用しません。