

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			
	—				昭和 平成 令和 年 月 日			
	所属事業所名称（会社名）				所属部署			
	(4) 被保険者（請求者）の住所	〒 —			電話 ( )			
	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	該当箇所にご記入ください。 ( ) 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) 出産児数	人	(10) 死産児数	人	(11) 死産のときはその旨	(妊娠 ヶ月) 週	
(12) 出生児氏名			(13) 続柄		(14) 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※次ページ参照

市 区 町 村 長 (20) (21) (22) (23) (24) (25) (26) (27) (28) (29) (30) (31) (32) (33) (34) (35) (36) (37) (38) (39) (40) (41) (42) (43) (44) (45) (46) (47) (48) (49) (50) (51) (52) (53) (54) (55) (56) (57) (58) (59) (60) (61) (62) (63) (64) (65) (66) (67) (68) (69) (70) (71) (72) (73) (74) (75) (76) (77) (78) (79) (80) (81) (82) (83) (84) (85) (86) (87) (88) (89) (90) (91) (92) (93) (94) (95) (96) (97) (98) (99) (100) (101) (102) (103) (104) (105) (106) (107) (108) (109) (110) (111) (112) (113) (114) (115) (116) (117) (118) (119) (120) (121) (122) (123) (124) (125) (126) (127) (128) (129) (130) (131) (132) (133) (134) (135) (136) (137) (138) (139) (140) (141) (142) (143) (144) (145) (146) (147) (148) (149) (150) (151) (152) (153) (154) (155) (156) (157) (158) (159) (160) (161) (162) (163) (164) (165) (166) (167) (168) (169) (170) (171) (172) (173) (174) (175) (176) (177) (178) (179) (180) (181) (182) (183) (184) (185) (186) (187) (188) (189) (190) (191) (192) (193) (194) (195) (196) (197) (198) (199) (200) (201) (202) (203) (204) (205) (206) (207) (208) (209) (210) (211) (212) (213) (214) (215) (216) (217) (218) (219) (220) (221) (222) (223) (224) (225) (226) (227) (228) (229) (230) (231) (232) (233) (234) (235) (236) (237) (238) (239) (240) (241) (242) (243) (244) (245) (246) (247) (248) (249) (250) (251) (252) (253) (254) (255) (256) (257) (258) (259) (260) (261) (262) (263) (264) (265) (266) (267) (268) (269) (270) (271) (272) (273) (274) (275) (276) (277) (278) (279) (280) (281) (282) (283) (284) (285) (286) (287) (288) (289) (290) (291) (292) (293) (294) (295) (296) (297) (298) (299) (300) (301) (302) (303) (304) (305) (306) (307) (308) (309) (310) (311) (312) (313) (314) (315) (316) (317) (318) (319) (320) (321) (322) (323) (324) (325) (326) (327) (328) (329) (330) (331) (332) (333) (334) (335) (336) (337) (338) (339) (340) (341) (342) (343) (344) (345) (346) (347) (348) (349) (350) (351) (352) (353) (354) (355) (356) (357) (358) (359) (360) (361) (362) (363) (364) (365) (366) (367) (368) (369) (370) (371) (372) (373) (374) (375) (376) (377) (378) (379) (380) (381) (382) (383) (384) (385) (386) (387) (388) (389) (390) (391) (392) (393) (394) (395) (396) (397) (398) (399) (400) (401) (402) (403) (404) (405) (406) (407) (408) (409) (410) (411) (412) (413) (414) (415) (416) (417) (418) (419) (420) (421) (422) (423) (424) (425) (426) (427) (428) (429) (430) (431) (432) (433) (434) (435) (436) (437) (438) (439) (440) (441) (442) (443) (444) (445) (446) (447) (448) (449) (450) (451) (452) (453) (454) (455) (456) (457) (458) (459) (460) (461) (462) (463) (464) (465) (466) (467) (468) (469) (470) (471) (472) (473) (474) (475) (476) (477) (478) (479) (480) (481) (482) (483) (484) (485) (486) (487) (488) (489) (490) (491) (492) (493) (494) (495) (496) (497) (498) (499) (500) (501) (502) (503) (504) (505) (506) (507) (508) (509) (510) (511) (512) (513) (514) (515) (516) (517) (518) (519) (520) (521) (522) (523) (524) (525) (526) (527) (528) (529) (530) (531) (532) (533) (534) (535) (536) (537) (538) (539) (540) (541) (542) (543) (544) (545) (546) (547) (548) (549) (550) (551) (552) (553) (554) (555) (556) (557) (558) (559) (560) (561) (562) (563) (564) (565) (566) (567) (568) (569) (570) (571) (572) (573) (574) (575) (576) (577) (578) (579) (580) (581) (582) (583) (584) (585) (586) (587) (588) (589) (590) (591) (592) (593) (594) (595) (596) (597) (598) (599) (600) (601) (602) (603) (604) (605) (606) (607) (608) (609) (610) (611) (612) (613) (614) (615) (616) (617) (618) (619) (620) (621) (622) (623) (624) (625) (626) (627) (628) (629) (630) (631) (632) (633) (634) (635) (636) (637) (638) (639) (640) (641) (642) (643) (644) (645) (646) (647) (648) (649) (650) (651) (652) (653) (654) (655) (656) (657) (658) (659) (660) (661) (662) (663) (664) (665) (666) (667) (668) (669) (670) (671) (672) (673) (674) (675) (676) (677) (678) (679) (680) (681) (682) (683) (684) (685) (686) (687) (688) (689) (690) (691) (692) (693) (694) (695) (696) (697) (698) (699) (700) (701) (702) (703) (704) (705) (706) (707) (708) (709) (710) (711) (712) (713) (714) (715) (716) (717) (718) (719) (720) (721) (722) (723) (724) (725) (726) (727) (728) (729) (730) (731) (732) (733) (734) (735) (736) (737) (738) (739) (740) (741) (742) (743) (744) (745) (746) (747) (748) (749) (750) (751) (752) (753) (754) (755) (756) (757) (758) (759) (760) (761) (762) (763) (764) (765) (766) (767) (768) (769) (770) (771) (772) (773) (774) (775) (776) (777) (778) (779) (780) (781) (782) (783) (784) (785) (786) (787) (788) (789) (790) (791) (792) (793) (794) (795) (796) (797) (798) (799) (800) (801) (802) (803) (804) (805) (806) (807) (808) (809) (810) (811) (812) (813) (814) (815) (816) (817) (818) (819) (820) (821) (822) (823) (824) (825) (826) (827) (828) (829) (830) (831) (832) (833) (834) (835) (836) (837) (838) (839) (840) (841) (842) (843) (844) (845) (846) (847) (848) (849) (850) (851) (852) (853) (854) (855) (856) (857) (858) (859) (860) (861) (862) (863) (864) (865) (866) (867) (868) (869) (870) (871) (872) (873) (874) (875) (876) (877) (878) (879) (880) (881) (882) (883) (884) (885) (886) (887) (888) (889) (890) (891) (892) (893) (894) (895) (896) (897) (898) (899) (900) (901) (902) (903) (904) (905) (906) (907) (908) (909) (910) (911) (912) (913) (914) (915) (916) (917) (918) (919) (920) (921) (922) (923) (924) (925) (926) (927) (928) (929) (930) (931) (932) (933) (934) (935) (936) (937) (938) (939) (940) (941) (942) (943) (944) (945) (946) (947) (948) (949) (950) (951) (952) (953) (954) (955) (956) (957) (958) (959) (960) (961) (962) (963) (964) (965) (966) (967) (968) (969) (970) (971) (972) (973) (974) (975) (976) (977) (978) (979) (980) (981) (982) (983) (984) (985) (986) (987) (988) (989) (990) (991) (992) (993) (994) (995) (996) (997) (998) (999) (1000)	(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 )			
	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） (フリガナ)		支店名 (フリガナ)		支店コード	
	銀行		店			
	預金項目	口座番号		口座名義 (フリガナ)		
1. 普通						
2. 当座						

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

受付日付印

(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 ( )				

- 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。

【 注意事項 】

[ 1 ] 医療機関等にて直接支払制度の利用を選択した場合

『出産育児一時金』は医療機関からの請求に基づき、医療機関へ直接支払います。ただし、出産費用が出産育児一時金の給付額を下回った場合の差額と『出産育児一時金付加金』は、被保険者へ支払いますので、この請求書に、①医療機関から交付される直接支払制度利用に関する合意文書の写しおよび②分娩費用の領収・明細書（「直接支払制度専用請求書」等）の写しを添えて、健保へ提出して下さい。

[ 2 ] 医療機関等にて直接支払制度の利用を選択しなかった場合

この請求書に、①医療機関から交付される直接支払制度利用に関する合意文書の写し(直接支払制度が利用されていないことを確認するため)および②分娩費用の領収・明細書の写しを添えて、健保へ提出して下さい。ただし、一児につき42万円の出産育児一時金を請求する場合は、産科医療保障制度加入を示す所定の印のある領収書の写しが必要です。

なお、コスモスイニシアグループ健康保険組合の被保険者資格喪失後6ヶ月以内に出産、または、コスモスイニシアグループ健康保険組合の被扶養者と認定された後6ヶ月以内に出産した方で、下記①または②に当てはまる場合は、他健保等との重複請求を避けるため不支給証明書の提出が必要になります。

① コスモスイニシアグループ健保の被保険者資格喪失後6ヶ月以内に出産し、現在は他の保険に加入しているが、コスモスイニシアグループ健保に出産育児一時金の請求をする場合

→現在加入している健康保険・共済組合・国民健康保険より下記様式による不支給証明を作成してもらい、提出して下さい。

② 家族が以前被保険者（本人）として加入していた健康保険の資格喪失後6ヶ月以内に出産し、コスモスイニシアグループ健保に家族出産育児一時金の請求をする場合

→以前加入していた健康保険・共済組合等より下記様式による不支給証明を作成してもらい、提出して下さい。ただし、以前加入していた保険が国民健康保険の場合は不支給証明の提出は不要です。

コスモスイニシアグループ健康保険組合 御中

**出産育児一時金・家族出産育児一時金 不支給証明書**

下記の者に対して出産育児一時金・家族出産育児一時金は支給していないこと、また、今後請求があっても支給しないことを証明いたします。

記

【被保険者氏名・記号番号】 (記号 番号 )

【 分 挽 者 氏 名 】

【 分 挽 日 】 令和 年 月 日

【分娩者資格取得日】 令和 年 月 日

【分娩者資格喪失日】 令和 年 月 日

令和 年 月 日

保険者 所在地

名称

TEL