

被保険者 家 族 出産育児一時金請求書

被 保 険 者 記 入 欄	下記により請求します。					
	令和 年 月 日					
	(〒 -)					
	請求者住所					
	請求者氏名					
	KOA健康保険組合理事長 殿					
	被保険者証の 記号と番号	3 4 第 号	所 属 名			
分娩年月日	令和 年 月 日					
被扶養者が分娩した ときはその氏名	続 柄 ()	被扶養者の 生年月日	昭和・平成 年 月 日			
資格喪失後の被保険者分娩のとき … 現在加入している健康保険について記入 被扶養者が KOA 健保に加入して6ヶ月以内に分娩したとき … 以前被扶養者が加入していた健康保険について記入						
健 保 名			電話番号	()		
保 険 証 記号・番号			被扶養者分娩 の 場 合	前勤務先名 電 話 番 号 ()		
市 医 区 師 町 村 長 証 明 書 又 は	分娩年月日	令和 年 月 日	生産死産の別 及び出生数	生産…単胎・多胎 (児) 死産…単胎・多胎 (児) (妊娠 ヶ月)		
	上記のとおり相違ないことを証明します。					
令和 年 月 日						
所 在 地						
医 療 機 関 名						
医師・助産師名						
市区町村長名						
健 康 保 険 組 合 記 入 欄	受付年月日	令和 年 月 日	決定年月日	令和 年 月 日		
	支給決定金額	円		支払年月日	令和 年 月 日	
	内 訳	法定給付	円		資格取得日	年 月 日
		附加給付	円		資格喪失日	年 月 日
	常務理事	事 務 長	担 当 者			

※ 退院時に精算した出産費用の「領収・明細書の写し」を添付してください。

※ 医療機関等から交付される「代理契約に関する文書の写し」を添付してください。