

被保険者 出産育児一時金（付加金・差額）請求書
 家 族 （出産育児一時金内払金支払依頼書）

被 保 険 者 記 入 欄	下記により請求します。					
	令和 年 月 日					
	(千 ー)					
	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		記 号		番 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	年 月 日
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
		付加給付	円		資格喪失日	令和 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。