

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 | | 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 | 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 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。