

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	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	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。