

支給 金額	法定	円	報酬 月額	千円	資格取得	昭平 令和	年 月 日
	付加	円		資格喪失	令和	年 月 日	
内 訳	出産育児一時金 (法定) _____ 円			照合 扶養者確認	登記	令和	年 月 日
	(付加) _____ 円						
配偶者 (法定) _____ 円			支払通知	令和	年 月 日		
(付加) _____ 円							

法定・支払伺		
常務理事	事務長	検印
担当者		
伺	令和	年 月 日
決議	令和	年 月 日

※ 健保記入欄

## 健康保険 被保険者 配偶者 出産育児一時金(付加金)請求書

京都中央信用金庫健康保険組合 御中

記号・番号		所 属		職 番		届出日 令和 年 月 日	
491 -							
被保険者	氏名				生年月日	昭・平 年 月 日	
	住所	〒 - TEL - -					
	メールアドレス						
出産した者 <small>(該当に○印を記入)</small>	1. 被保険者 (本人)		2. 被扶養者 (家族)				
被扶養者 (家族)が 出産したとき	フリガナ				生年月日	昭・平 年 月 日	
出産した日	令和 年 月 日			生産・死産 の 別	生産 ・ 死産 (在胎週数 週)		
生産の場合、出生児は 届出者の扶養家族であるか <small>(いずれかに○印)</small>	・ 扶養家族である			・ 扶養家族ではない			
上記、扶養家 族でないとき <small>(○印又は理由 を記入下さい)</small>	( ) 配偶者の扶養となるため → 配偶者は 京都中央信用金庫の職員で → ( ) ある ( ) その他 ※ 理由を具体的にご記入ください。 _____ _____						
振込口座	※ あらかじめ届出されている口座に振込みいたします。						
出産した 医療機関等	名称						
	所在地	〒 - TEL - -					

## 出産育児一時金(付加金)請求書 申請時の留意点

本申請書は、被保険者又被扶養者が分娩したときに、直接支払制度を利用せず、出産費用の全額を医療機関等に払い、後に当組合宛に出産育児一時金等の請求をする用紙です。

※ 直接支払制度を利用する場合は、「直接支払制度利用時の申請」の用紙を使用してください。

### (被保険者の記入する欄)

- ◎ 標題は、被保険者が分娩したときは「被保険者」を、配偶者が分娩したときは「配偶者」を、○で囲んでください。
- ◎ 入院せずに分娩したとき、及び配偶者が分娩したときは、④欄は斜線で消してください。

### (添付書類)

- ・ 出産する医療機関との間で交わした、直接支払制度を利用しない又はできない旨の同意書
- ・ 医療機関からの出産費用の内訳を記した領収書・明細書の写し
- ・ 母子手帳の「出産届済証明」欄の写し

### (注)

資格喪失後の請求の場合は、受領についての払込金融機関名及び口座番号を下記の欄に、必ず記入してください。

金融機関名・店名	
普通預金・口座番号	