

健康保険 被保険者・家族 出産育児一時金 請求書

提出先 在職者⇒雇用事業主 退職者(任継・特退含む)⇒KDDI健康保険組合給付担当

※黒のボールペン(消えるインク不可)を使用し漏れのないようご記入ください。訂正する場合は被保険者の印鑑を訂正印としてお使いください。

被保険者記入欄	① 記号・番号	記号		番号		枝番の記入は必要ありません
	② 被保険者氏名	フリガナ			③ 生年月日	昭和・平成 年 月 日
		自署の場合は押印不要				
	④ 現住所	〒				
		電話番号 — —				
	⑤ 出産した者の氏名				⑥ 被保険者と出産した者との続柄	
	⑦ 出産した日	令和 年 月 日	⑧ 生産又は死産の別		生産・死産	
	⑨ 出生児の数	単胎・多胎( 児)		⑩ 出生児の氏名		
	資格喪失後6ヶ月以内に出生したときは現在加入の健康保険、被扶養者になってから6ヶ月以内に出生したときは以前加入していた健康保険についてご記入ください。			⑪ 保険者名		
				⑫ 被保険者証の記号・番号		
⑬ 口座情報 ※退職者記入 (予定者含む)	退職者(予定者含む)の場合はKDDI健康保険組合からご指定の口座に振込いたします。 ご記入いただいた口座の通帳もしくはキャッシュカードの写しを必ず添付してください。					
				銀行 金庫 信組	本店 支店 出張所	
	・普通 ・当座 ・別段	口座番号			口座名義人(カタカナ)	
⑭ 委任状 ※在職者記入	本請求に基づく給付金に関する受領を下記⑮の代理人に委任します。					
	令和 年 月 日 氏名 住所 現住所と同じ					
事業主記入欄	⑮ 代理人 (事業主)	住所 事業所名 事業主氏名 電話番号				⑯ 支払い方法
						給与払い ・ 個人払い
証明欄(いずれか一方の証明が必要です)	医師・助産師による証明の場合	出産者氏名			出産年月日	令和 年 月 日
		出生児の数	単胎・多胎( 児)		生産又は死産の別	生産・死産(妊娠日数 日)
		上記のとおり相違ないことを証明する。 令和 年 月 日 医療施設の所在地・名称 〒 電話番号 医師・助産師の氏名				
	市区町村長による証明の場合 (生産のみ)	本籍				
		筆頭者氏名			母の氏名	
		出生児氏名			出生年月日	令和 年 月 日
		上記のとおり相違ないことを証明する。 令和 年 月 日 市区町村長名 〒 電話番号				

受付日

◆本請求書のほかに下記の書類を添付してください◆

- ☐ 直接支払制度を利用しない旨の合意文書(写)  
☐ 出産費用の領収明細書または請求書(写)※産科医療補償制度加入機関で出産した場合は加入印が押印されているもの  
☐ 通帳またはキャッシュカードのコピー(退職者・退職予定者のみ)