伺年月日	令和　年　月　日			
支払年月日	令和　年　月　日			
直接支払制度記入欄	国保 ・ 基金	令和　年　月　日請求 請求未（　/　現在）・利用なし		
代理受取額	円	内払金支払額	法定	円
			付加	円

出産育児一時金・付加金		円
支給内訳	出産育児一時金	円
	出産育児一時金付加金	円

支給支払決議書			
常務理事	事務長	事務次長	担当者

出産した日	令和　年　月　日
資格取得日	平成・令和　年　月　日
資格喪失日	平成・令和　年　月　日 ヵ月以内の出産

共同通信社健康保険組合　理事長殿

健康保険
被保険者 □ 出産育児一時金内払金支払依頼書・差額申請書（直接支払制度利用）
家族 □ 出産育児一時金・付加金請求書（出産費全額自己負担）

年　月　日提出

被保険者が記入するところ

① 直接支払制度利用の有無	直接支払制度を □利用した（自己負担なし・差額あり） □利用していない	② 事業所名（会社名）	③ 所属・部署名	
④ 被保険者証の記号・番号	記号	番号	⑤ 被保険者（請求者）の氏名	（フリガナ）
⑥ 被保険者の現住所	〒　－		⑦ 日中連絡のとれる電話番号	
⑧ 被扶養者（家族）が出産した場合	被扶養者（家族）の氏名	続柄	被扶養者（家族）の生年月日	昭和 平成　年　月　日
⑨ 出産した年月日等	令和　年　月　日	生産児数 人	死産児数 人	死産の場合はその旨と妊娠経過期間 （妊娠　ヵ月・　週）
⑩ 被保険者と出生児の続柄		出生児が被保険者の被扶養者であるかどうか	ある・ない	被扶養者でないときはその理由 □ 配偶者の扶養 □（　）
⑪ 出産した医療機関等	名称		⑫被保険者の銀行口座	銀行　支店 （普通・当座）No.（　） （口座名義・カタカナ）.（　）
	所在地			
⑬ 被保険者（本人）が出産した場合	今回の申請は、退職等により共同健保の被保険者資格喪失後、6ヵ月以内に出産したことによる申請ですか。	□はい→→ □いいえ	資格喪失後に加入の健康保険の名称等	現在加入の健康保険の名称 記号　番号 被保険者氏名　（本人・家族）
⑭ 被扶養者（家族）が出産した場合	今回の申請は、家族が共同健保の扶養対象と認められてから6ヵ月以内に出産したことによる申請ですか。（扶養認定日は被保険者証に掲載）	□はい→→ □いいえ	共同健保の被扶養者認定前の健康保険の名称等	加入していた健康保険の名称 記号　番号 被保険者氏名　（本人・家族）

※直接支払制度を利用していない場合は、下記の証明が必要です。（※死産の場合は、医師・助産師の証明が必要。）

⑮ 医師・助産師又は市区町村長が証明する欄

医師又は助産師の証明	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（妊娠第　ヵ月・　週）
	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 医療施設の名称 医師・助産師の氏名			
市区町村長の証明	本籍			
	出生届出日		筆頭者氏名	
	出生年月日		出生児氏名	
	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　㊞			

【添付書類】

受付日付印

1. **『合意文書』の写し**（医療機関等から交付される直接支払制度活用に関する文書）
2. **『出産費用の領収・明細書』の写し、または『出産費用明細書』の写し**
   直接支払制度を利用の場合は「専用請求書と相違ない旨」の記載、
   利用してない場合は「直接支払制度を用いていない旨」の記載、
   及び「産科医療補償制度の加算対象出産であることを証するスタンプ」の押印(該当する場合のみ)
   がなされています。
3. **『出生が確認できる書類』** 医師・助産師又は市区町村長の証明を受けられない場合は（出生届出受理証明書、母子健康手帳（出生届出済証明）のコピー、戸籍謄（抄）本の原本、住民票の原本のいずれか）