

同年月日	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	円
法定付加	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		

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

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 <input type="checkbox"/> 利用した (自己負担なし・差額あり) <input type="checkbox"/> 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)の氏名と押印 (フリガナ) ㊟
	⑥ 被保険者の現住所	〒 -		
	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 出生児の氏名等	(フリガナ)	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 <input type="checkbox"/> 被扶養者でないときはその理由 <input type="checkbox"/> 配偶者の扶養 <input type="checkbox"/> ()
	⑪ 出産した医療機関等	名称 所在地	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).()
	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。	<input type="checkbox"/> はい→→ <input type="checkbox"/> 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)	<input type="checkbox"/> はい→→ <input type="checkbox"/> 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	出生年月日	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】

- 「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)
- 「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、利用していない場合は「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。)
- 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、出生が確認できる書類(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)を添付してください。

受付日付印