

整理番号	
法定給付	円
付加給付	円
合計支給額	円

資格取得日	H R	年	月	日	資格喪失日	R	年	月	日
決済日	R	年	月	日	支払予定日	R	年	月	日
常務理事	事務長	担当	担当	受付年月日					

被保険者
家族

健康保険 出産育児一時金請求書

付加給付金の支給要件		KNT健保の被保険者の方が出産した場合、1児につき5万円を支給します。 (「資格喪失後の出産」「家族の出産」の場合の支給はありません)								
被 保 険 者 (本 人) 記 入 欄	被保険者証の記号・番号	—			事業所の名称					
	被保険者氏名				被保険者の生年月日	昭和・平成	年	月	日	
	出産年月日	令和	年	月	日	生産・死産の別	生産	・	死産(妊娠週)	
	出産した場所	医療施設等の名称								
		医療施設等の所在地								
	出産者の氏名				出生児の氏名				被保険者と出生児の続柄	
	被保険者名義 振込先口座	銀行	支店	普通当座	口座番号	カタカナ	口座名義			
		ゆうちょ銀行をご希望の場合は、通帳右上記載の記号と番号もご記入ください				記号	番号			
	添付書類	<input type="checkbox"/> 領収(明細)書の写し (産科医療補償制度の対象分娩の場合は、制度加入証明印が押印されていること) <input type="checkbox"/> 医療施設から交付される直接支払制度を利用していないことを証明する書類の写し								
	以下に該当する場合は、ご記入ください。 被保険者……退職後6ヵ月以内に出産した場合。 現在加入している健康保険の名称等をご記入ください。 家族………KNT健保に扶養加入してから6ヵ月以内に出産した場合。 以前加入していた健康保険の名称等をご記入ください。					名称				
近畿日本ツーリスト健康保険組合理事長 殿 上記のとおり請求します。 令和 年 月 日					住所	〒				
被保険者の					TEL	-				
氏名					-					
証 明 欄 (② は 生 産 の み)	① 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)	出産または死産の別	生産	・	死産(妊娠週)	
		上記のとおり相違ないことを証明する。				医療施設の所在地				
		令和 年 月 日				医療施設の名称				
						医師・助産師の氏名				
	② 市区町村の村長に	本籍				筆頭者氏名				
		母の氏名			出生児の氏名	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。				市区町村長名					
	令和 年 月 日				(印)					
※ 生産の場合は、上記①または②による証明に替え、出生事実が確認できる以下の書類(写し)の添付でも可。 「出生届受理証明書」「住民票」「母子手帳(市区町村長が証明する出生届出済証明、子の名前、出生の場所、出生年月日の記載のある頁)」										

※ 被保険者証の記号番号を記入した方は、記入不要

被保険者のマイナンバー記入欄(医師証明後に記入) →

記号番号に代え、マイナンバーを記入し申請する場合は、「個人番号確認」「本人確認」をするための添付書類が必要になります。