

## ◆直接支払制度を利用せず、全額自己負担したとき

| 必要書類                    | 備考                                                                                             |
|-------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 出産育児一時金支給申請書            | 医師・助産師または市区町村長の証明を受けてください。                                                                     |
| 医療施設から交付される合意文書の写し      | 直接支払制度にかかる代理契約を医療施設と締結していない旨および当組合名が記載されているもの                                                  |
| 出産費用の領収書・明細書の写し         | 直接支払制度にかかる代理契約を締結していない旨が記載されているもの、および産科医療補償制度に加入する医療施設で出産した場合は当該出産であることを証明するスタンプを押印したもの        |
| 出産育児一時金不支給証明書<br>※該当者のみ | 当健保組合資格喪失後6ヶ月以内の申請者<br>→現在加入している健保組合の証明を受けたもの<br>当健保組合資格取得後6ヶ月以内の申請者<br>→前に加入していた健保組合の証明を受けたもの |

## ◆海外の医療施設で出産したとき

| 必要書類                             | 備考                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
|----------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 出産育児一時金支給申請書                     | 医師・助産師等による証明は不要です。                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| 出生証明書（原本）                        | 現地で発行されたもの ※返却希望の場合は申し出が必要です。                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| 海外に渡航した事実が確認できる書類<br>※駐在員の方は不要です | <div style="display: flex; align-items: center;"> <div style="flex: 1;">                     パスポートの写し<br/>                     * 当該期間の出入国が分かるページ<br/>                     * 本人顔写真のページ<br/>                     航空チケットの写し                 </div> <div style="font-size: 3em; margin: 0 10px;">}</div> <div>等いずれか1つ</div> </div> |

## 《提出先》

|            | 健康保険の記号   | 提出先                             |
|------------|-----------|---------------------------------|
| KMI籍の方     | 133       | 東京サイト八王子 HCT 人事サービス部 社会保険担当宛    |
| KMJ籍の方     | 912       | 東京サイト八王子 HCT 人事サービス部 KMJ社会保険担当宛 |
| KMグループ会社の方 | 133・912以外 | KMグループ各社（本社）人事・総務部門             |

## 《支給日について》

|                                       |
|---------------------------------------|
| 健康保険組合が、申請書を受理した月の翌月25日に支給されます。       |
| 在職者 : 会社経由にて給与振込です。（会社により異なる場合があります。） |

## 《支給額等の連絡について》

|                                      |
|--------------------------------------|
| KOSMO Webへ登録済の方には、メールが送信されます。（毎月15日） |
| 未登録の方には、特にご連絡はいきませんのでご注意ください。        |
| ※在職者は、金額のみ給与明細で確認ができます。 項目名：健保付加金    |

### KOSMO Web <https://kosmoweb.jp/>

- 過去にログインしたことがあり、ユーザIDまたはパスワードを忘れた方は、KOSMO Webのログイン画面左下にある「IDを忘れた方はこちら」「パスワードを忘れた方はこちら」より確認できます。  
※初回ログイン時に、ご自身が登録したメールアドレスを入力しないと、確認はできません。  
※「konicaminolta.jp」で登録されている場合もありますので、ご確認ください。
- 過去にログインしたことがなく、ユーザID・パスワードが分からない方は、再発行申請をしてください。

[KOSMO Web ユーザID・パスワード再発行申請](#)

## 《支給決定通知書について》

|                                                |
|------------------------------------------------|
| KOSMO Webにてご確認ください。                            |
| <a href="#">KOSMO Web https://kosmoweb.jp/</a> |
| ※健康保険組合が、申請書を受け付けた月の翌月15日以降、ご確認ください。           |

記入例： 出産育児一時金 支給申請書

※ご提出前に、記入漏れ（空欄）・記入間違いがないか、ご確認ください。

1 確認欄

|                                     |                                                                                                    |
|-------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <input checked="" type="checkbox"/> | この届出については、1. または2. の要件を満たしたものである。<br>1. 申請者本人（被保険者）が作成したものである。<br>2. 記載内容については申請者本人が誤りがないか確認をしている。 |
|-------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------|

1 【確認欄】

申請書は本人（被保険者）が作成してください。提出する際、✓を忘れずをお願いします。

健康保険 被保険者 家族 出産育児一時金 支給申請書

【注意事項】 ご記入いただいた内容を訂正する場合は、訂正箇所を二重線で抹消し、正しい内容をご記入ください。  
二重線の近くに、被保険者によるフルネームのサインまたは押印が必要です。

|                            |            |                            |                                                                                                               |      |      |  |
|----------------------------|------------|----------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------|------|--|
| 被<br>保<br>険<br>者<br>情<br>報 | 被保険者等の     | 記号                         | ***                                                                                                           | 希望の場 | **** |  |
|                            | 被 保 険 者    | 氏名                         | 健保 太郎                                                                                                         |      |      |  |
|                            |            | 生年月日                       | <input checked="" type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 ** 年 ** 月 ** 日 |      |      |  |
|                            | 住所<br>電話番号 | 〒 192 - **** 東京都八王子市〇〇町1-2 |                                                                                                               |      |      |  |
|                            | 電話番号       | *** - **** - **** ※日中の連絡先  |                                                                                                               |      |      |  |

2 【記号・番号】

「資格情報のお知らせ」、「マイナポータル」、「資格確認書」に記載されています。枝番の記入は必要ありません。

|                                                                                                                      |                               |                                                                                                                                                                |                                                                                                               |       |                        |              |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------|------------------------|--------------|
| 申<br>請<br>内<br>容                                                                                                     | ① 出産した者                       | <input type="checkbox"/> 被保険者 <input checked="" type="checkbox"/> 家族（被扶養者）                                                                                     |                                                                                                               |       |                        |              |
|                                                                                                                      | ③ 家族の場合は<br>その方の              | 氏名                                                                                                                                                             | 健保 花子                                                                                                         |       |                        |              |
|                                                                                                                      |                               | 生年月日                                                                                                                                                           | <input checked="" type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 ** 年 ** 月 ** 日 |       |                        |              |
|                                                                                                                      | ② 出産した年月日                     | 令和 ** 年 ** 月 ** 日                                                                                                                                              |                                                                                                               |       |                        |              |
|                                                                                                                      | ③ 生産・死産 の別<br>「生産」の場合<br>出生児数 | <input checked="" type="checkbox"/> 生産 <input type="checkbox"/> 死産 <input type="checkbox"/> 生産・死産混在                                                            |                                                                                                               |       |                        |              |
|                                                                                                                      |                               | 1 児                                                                                                                                                            | 「死産」の場合<br>死産児数                                                                                               | 児     | 死産の場合、妊娠から<br>の週数および日数 | 満 週<br>( ) 日 |
|                                                                                                                      | ④ 出産した<br>医療機関等の              | 名称                                                                                                                                                             | 〇〇病院                                                                                                          |       | 所在地                    | 立川市〇〇町7-8    |
|                                                                                                                      | ⑤ 出産した方 ④                     | ■ 被保険者 → 当健保の資格喪失後6ヶ月以内での出産ですか <input checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ<br>■ 家 族 → 当健保に加入後、6ヶ月以内での出産ですか<br>※「はい」の場合、(1)(2)をご記入ください。 |                                                                                                               |       |                        |              |
|                                                                                                                      |                               | (1) ■ 被保険者 → 現在加入している保険者について                                                                                                                                   |                                                                                                               | 保険者名  | △△△健康保険組合              |              |
|                                                                                                                      |                               | ■ 家 族 → コニカミノルタ健康保険組合加入<br>前に加入していた保険者について                                                                                                                     |                                                                                                               | 記号・番号 | ***-*****              |              |
| ⑤ (2) 同一の出産について、(1)で記入した保険者より出産育児一時金を<br><input type="checkbox"/> 受けた／受ける予定 <input checked="" type="checkbox"/> 受けない |                               |                                                                                                                                                                |                                                                                                               |       |                        |              |

3 【出産した者】

家族が出産した場合、氏名等をご記入ください。

4 ■被保険者-当健保資格喪失後6ヶ月以内  
現在加入している健康保険名、健康  
保健の記号・番号をご記入ください。

■家族-当健保加入後6ヶ月以内  
当健保に加入する前の健康保険名、  
健康保険の記号・番号をご記入くだ  
さい。

5 「受けない」場合

別紙「出産育児一時金不支給証明  
書交付願い」をご提出ください。

|                                                               |                                                           |                                                               |               |                                                                 |              |
|---------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------|---------------|-----------------------------------------------------------------|--------------|
| 医<br>証<br>明<br>・<br>助<br>産<br>師<br>の<br>協<br>力<br>に<br>よ<br>る | 出産者氏名                                                     |                                                               |               | 出産した年月日                                                         | 令和 年 月 日     |
|                                                               | 出産児の数                                                     | <input type="checkbox"/> 単胎 <input type="checkbox"/> 多胎 ( ) 児 | 生産または<br>死産の別 | <input type="checkbox"/> 生産 <input type="checkbox"/> 死産 → ( ) 日 | 満 週<br>( ) 日 |
|                                                               | 上記のとおり相違ないことを証明する。<br>令和 年 月 日                            |                                                               |               |                                                                 |              |
|                                                               | 医療施設の所在地<br>医療施設の名称<br>医師・助産師の氏名<br>※所在地・名称はゴム印等をご使用ください。 |                                                               |               |                                                                 |              |
|                                                               |                                                           |                                                               |               |                                                                 |              |

6 医師・助産師または市区町村、ど  
ちらかによる証明を受けてください。

医療機関名・所在地は、ゴム印等  
を押してもらってください。

|                                                |                                          |  |  |       |          |  |
|------------------------------------------------|------------------------------------------|--|--|-------|----------|--|
| 市<br>区<br>証<br>明<br>の<br>場<br>合<br>に<br>よ<br>る | 本籍                                       |  |  | 筆頭者氏名 |          |  |
|                                                | 母の氏名                                     |  |  | 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。<br>市区町村長名<br>令和 年 月 日 |  |  |       |          |  |

海外の医療施設で出産した場合、  
証明は不要です。  
現地で発行された「出生証明書」の  
原本を添付してください。  
原本の返却を希望する場合は、  
「返却希望」等メモを付けてくだ  
さい。

コニカミノルタ健康保険組合