

◆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 ※該当者のみ	当健保組合資格喪失後6ヶ月以内の申請者 →現在加入している健保組合の証明を受けたもの 当健保組合資格取得後6ヶ月以内の申請者 →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 ※返却可			
海外に渡航した事実が確認できる書類 ※駐在員の方は不要です	<table border="0"> <tr> <td> パスポートの写し * 当該期間の出入国が分かるページ * 本人顔写真のページ 航空チケットの写し </td> <td style="font-size: 2em; vertical-align: middle;">}</td> <td style="vertical-align: middle;">等いずれか1つ</td> </tr> </table>	パスポートの写し * 当該期間の出入国が分かるページ * 本人顔写真のページ 航空チケットの写し	}	等いずれか1つ
パスポートの写し * 当該期間の出入国が分かるページ * 本人顔写真のページ 航空チケットの写し	}	等いずれか1つ		

《提出先》 ※出向者は、本籍の会社（本社）の人事・総務部門へご提出ください。

KMI本籍の方 : 東京サイト八王子 HBA 人事サービス部 社会保険担当宛
KMグループ会社の方 : 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。
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》

医療費通知Webシステム（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。
※金額のみ給与明細で確認ができます。 項目名：健保給付金

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

→ログインID・パスワードが分からない場合は、健康保険組合へメールでご連絡ください。

送付先： kenpo-com@konicaminolta.com

件名： 「医療費通知Webシステム 仮ID・パスワード再発行依頼」

本文： ①保険証の記号・番号 ②名前（フルネーム）

③生年月日 ※会社のメールアドレス以外から送信する場合のみ必要

《支給決定通知書について》

医療費通知Webシステム（KOSMO Web）より、各自で印刷をお願いします。

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

※申請書を提出した翌月15日から印刷できます。

記入例： 出産育児一時金 支給申請書

※ 記入漏れ・記入間違いのないように、作成をお願いします。

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。 1. 申請者本人（被保険者）が作成したものである。 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。

被保険者情報	被保険者証の記号	***	番号	****
	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 電話番号	〒	192	****	
	東京都八王子市〇〇町1-2			
電話番号	042	****	****	※日中の連絡先

② 【記号・番号】
保険証に記載されている「記号」「番号」を正確にご記入ください。

申請内容	① 出産した者	<input type="checkbox"/> 被保険者 <input checked="" type="checkbox"/> 家族（被扶養者）		
	③ 家族の場合はその方の氏名	健保 花子		
	② 出産した年月日	令和 ** 年 ** 月 ** 日		
	③ 生産・死産の別	<input checked="" type="checkbox"/> 生産 <input type="checkbox"/> 死産 <input type="checkbox"/> 生産・死産混在		
	「生産」の場合 出生児数	1 児	「死産」の場合 死産児数	死産の場合、妊娠からの 週数および日数
④ 出産した医療機関等の名称	〇〇病院		所在地	立川市〇〇町7-8
⑤ 出産した方	<input checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ ■ 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 ■ 家族 → 当健保に加入後、6ヶ月以内での出産ですか ※「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 <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、保険証の記号・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、保険証の記号・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。

医師・助産師の場 合によ	⑥ 出産者氏名	出生した年月日	令和 年 月 日
	⑥ 出産児の数	<input type="checkbox"/> 単胎 <input type="checkbox"/> 多胎 () 児	生産または死産の別
	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 医療施設の名称 医師・助産師の氏名		
			令和 年 月 日

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。

※海外の医療施設で出産した場合、証明は不要です。

市区町村の場 合によ	⑥ 本籍	筆頭者氏名	
	⑥ 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。 市区町村長名		
			令和 年 月 日