

別記付加金様式

支給支払決議書						
※健保記入欄	令和 年 月 直接支払決定分	常務理事	事務長	担当	担当	受付年月日
整理番号						
差額支給額	円					
付加給付額	円	資格取得日	年 月 日	資格喪失日	年 月 日	
合計支給額	円	決済日	年 月 日	支払予定日	年 月 日	

直接支払用

被保険者  
被扶養者

出産育児一時金差額申請 兼 付加給付金請求書

付加給付金の支給要件	KNT健保の被保険者の方が分娩した場合、1児につき5万円。 (資格喪失後の分娩および被扶養者の分娩の場合の支給はございません)					
被保険者証の記号・番号	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
分娩年月日	年	月	日	生産・死産の別	生産 ・ 死産	
分娩した場所	医療施設等の名称					
	医療施設等の所在地					
分娩者の氏名			出生児の氏名			被保険者と出生児の続柄
振込希望銀行(被保険者名義)	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"/> 直接支払制度利用に関する医療機関等との合意書の写し					
KNT健保資格を喪失してから6ヵ月以内に分娩したとき (現在は、別の健康保険に加入している)	現在加入している健康保険の名称等		名称			
	記号		番号			
KNT健保に扶養加入してから6ヵ月以内に分娩したとき (現在は、KNT健保に被扶養者として加入している)	以前加入していた健康保険の名称等		名称			
	記号		番号			
上記のとおり請求します。						
年 月 日 円						
住所 :						
被保険者の TEL : - -						
氏名 :						
近畿日本ツーリスト健康保険組合理事長 殿						

※ 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 →

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。