

農林中央金庫健康保険組合理事長 殿

健康保険 被保険者・被扶養者 出産育児一時金請求書

被 保 険 者 証	区 分	記 号	番号(右詰め)	被保険者氏名・生年月日		事業所・所属・連絡先		
	一 般			フリガナ		事業所		
	任意継続	9000				所 属		
	特例退職	9500		(昭・平 年 月 日生)		連絡先	()	
被 保 険 者 が 記 入 す る 欄	被 保 険 者 の 現 住 所			〒				
	分 娩 年 月 日		令 和 年 月 日	分娩時の標準報酬月額		千 円		
	入院して分娩した ときは、病院の		名 称					
			所在地					
	被扶養者が分娩したための 請求であるときはその		氏名	フリガナ	生年月日	昭 和 平 成 年 月 日		
	出生児数	人	死産児数	人	死産の場合の妊娠経過期間	満 週		
	産科医療補償制度対象の出産ですか		いいえ・はい(制度対象分娩の場合は加入証明スタンプ押印の領収書の写しを添付してください)					
	直接支払制度を利用されましたか		いいえ・はい(いいえの場合は「直接支払制度を利用していない旨」の記載された明細書を添付してください。はいの場合は、この請求書の提出は不要です)					
他制度からの給付を受けていますか		受けている・受けていない		※ 家族が被扶養者に認定後6ヶ月以内の請求の場合は、認定前に加入していた保険者の証明が必要な場合があります。				
※ <input type="checkbox"/> 本申請書の提出を事業主へ委任します。(委任する場合は <input checked="" type="checkbox"/>)								
事業主への受領委任 (特例・任継の方は記入不要)		本請求に基づく給付金の受領を事業主_____に委任します。 (会社名をご記入ください 支店名は不要)						
被保険者氏名: _____								

被保険者証の記号番号に代えてマイナンバーにより申請する場合は、備考欄へ記載してください。
(マイナンバーを記載した場合は、個人番号確認、本人確認をするための添付書類が必要です。)

備考欄

証 明 欄 (ど ち ら か 一 方 で 可)	医 師 ・ 助 産 師 の 証 明 欄	分 娩 年 月 日	令 和 年 月 日	生産または 死 産 の 別	生 産 ・ 死 産 (妊娠第 週 日または妊娠第 カ月)		
		出生児の数	単胎・多胎 (児)	備 考			
	上記のとおり相違のないことを証明します。 令 和 年 月 日						
	医療施設の名称・所在地		医師・助産師名		電 話 ()		
	市 区 町 村 長 の 証 明 欄	本 籍	筆頭者氏名				
母の氏名		出生児氏名		出生年月日	令 和 年 月 日		
上記のとおり相違のないことを証明します。 令 和 年 月 日							
市区町村長名		Ⓣ 電 話 ()					

注)○直接支払制度を利用される方はこの請求書の提出は不要です。

○被保険者出産育児一時金を請求する場合、夫の加入する保険者へ被扶養者出産育児一時金は請求できません。

○被扶養者出産育児一時金を請求する場合、妻の加入する保険者へ被保険者出産育児一時金は請求できません。

(健康保険組合使用欄)
支給・支払同直接支払制度利用
産科医療補償制度対象
有・無
有・無

代理受取額:

請求元:

支 給 額	法 定					円
	付 加					円
	計					円

受 付 日	決定日			常 務 理 事	事 務 長	係	
	処理日						