

常務理事		事務長		課長		係長		係		決定 令和 年 月 日
出産年月日				支給金額						
令和 年 月 日				出産育児一時金		¥				
				出産育児一時金付加金		¥				

健康保険 被保険者家族 出産育児一時金 請求書
出産育児一時金付加金

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	① 被保険者証の記号・番号			② 生年月日	○昭和 年 月 日 ○平成 年 月 日 ○令和	
	③ 事業所の名称					
	④ 出産した年月日	令和 年 月 日				
	⑤ 出産した医療機関等	名称			所在地	
	⑥ 被扶養者が出産したときは、その者の氏名			被扶養者の生年月日	○昭和 年 月 日 ○平成 年 月 日 ○令和	
	⑦ 生産・死産の別	生産児数 人	死産児数 人	死産のときはその旨	妊娠経過期間	ヵ月 週
	⑧ 出生児の氏名			被保険者と出生児の続柄		
	⑨ 資格喪失後、家族の被扶養者になったときは、その被保険者証の保険者名・記号及び番号					
	⑩ 被扶養者が被保険者であった場合は、その当時の被保険者証の保険者名・記号及び番号					
	備考					
証 明 す る 又 は 助 産 師 、 市 区 町 村 長 が	⑪ 出産した年月日	令和 年 月 日		⑬ 出産児の数	単胎 (児)	備考
	⑫ 生産又は死産の別	生産・死産 (ヵ月死産)				
	上記のとおり相違ないことを証明します。 令和 年 月 日 医療施設の所在地・名称 医師・助産師氏名 市区町村長氏名					

以上によって出産育児一時金・出産育児一時金付加金を請求します。

令和 年 月 日 郵便番号 -

住所 _____

被保険者の氏名 (請求者) _____

新潟県農業団体健康保険組合理事長 様

資格取得	昭・平・令	年	月	日
資格喪失	平成	年	月	日

受付印

(この請求の説明)

この請求書は、被保険者又は被扶養者である家族が出産した場合、それぞれ出産育児一時金・出産育児一時金付加金を請求するものです。

(記入上の注意)

(被保険者の注意事項)

1. 表題の「被保険者」「家族」の別は該当する文字を○印で囲んでください。
2. 家族の出産の場合は②欄は記入を要しません。
3. ⑥欄は家族が出産したときのみ、その者の氏名、生年月日を記入してください。

(医師又は助産師などの注意事項)

1. ⑫欄は該当する文字を○印で囲んでください。なお、死産を○印で囲んだ場合は何ヵ月の死産であるかを付記してください。
2. ⑬欄は該当する文字を囲んでください。なお、多胎を○で囲んだ場合は何人であるかを付記してください。

(共通する事項)

直接支払制度を利用された場合は、医師又は助産師、市区町村長が証明するところの記入は必要ありません。