

受付



| | | | | | |
|--------------|-------|---------|-------|-------|-----|
| 出産育児一時金支給決定伺 | | 部長 | 課長 | 審査(係) | |
| 支給決定額 | 種目 | 出産育児一時金 | | | |
| | 法定給付金 | 円 | | | |
| | 合計 | 資格 | 取得 | 年 | 月 日 |
| | | 喪失 | | 年 | 月 日 |
| 標準報酬月額 | 千円 | | 分娩年月日 | 年 | 月 日 |
| 決定年月日 | 年 | 月 日 | 支払年月日 | 年 | 月 日 |

健康保険 被保険者
家族

出産育児一時金請求書

(説明)
この請求書の記載については裏面の記入上の注意をご覧ください。
但し、受領委任欄への押印は不要です。

| | | | | | |
|--|------------------------------|-----------------------|------------------------------|------------------|----------------------------------|
| 被 保 険 者 が 記 入 し て 下 さ い | ①被保険者証の | 記号 | ②被保険者の氏名 | | |
| | | 番号 | 生年月日 | 昭・平 年 月 日 | |
| | 記号番号がわからない場合はマイナンバーを記入してください | | | | |
| | ③被保険者住所 | | | ⑤分娩年月日 | 令和 年 月 日 |
| | ④事業所の名称 | | | ⑥妊娠経過 | ヵ月 週 ⑦生死の別 生産児()人 死産児()人 |
| | ⑧入院分娩したときその病院の | 所在地 | 名称 | | |
| | ⑨出生児は被保険者の被扶養者である | | ない | 被扶養者でない理由 | |
| | ⑩被扶養者の分娩であるときは | 被扶養者の氏名 | 被保険者との続柄 | 生年月日 令和 年 月 日 | |
| | ⑪出生児の氏名 | | | ⑫被保険者との続柄 | |
| | ⑬退職後、被扶養者となったとき | 保険者名 | (記号・番号) () 被扶養者認定日 年 月 日 | | |
| ⑭被扶養者が過去1年間に勤務経験があるとき | 勤務先の名称 | 電話番号 () 就職日 年 月 日 | 退職日 年 月 日 | | |

長野県農業協同組合健康保険組合理事長 殿

令和 年 月 日請求

※15
産科保償制度加入機関で請求書の写を添付して下さい。

| | | | |
|-------|---------------|--------|--|
| ⑮受領委任 | 上記の金額の受領方を事業主 | | |
| | 名称 | | |
| | 氏名 | | |
| | 被保険者氏名 | に委任します | |

下の2つのうちどちらか一方に証明を受けてください。

| | | | | | | | | | |
|------------------------|-------------------------------|----------|-------|-------|-------------------------------|-------|-------|-----|-------|
| ⑯医師・助産師証明欄 | 分娩日 | 年 月 日 | 生産・死産 | 生産・死産 | ⑰市区町村長証明欄 | 本籍 | | | |
| | 出生児の数 | 単胎・多胎(児) | 死産別 | 妊娠(週) | | 筆頭者氏名 | 出生児氏名 | | |
| | 上記の通り相違ないことを証明する。 令和 年 月 日 | | | | | 出生届出日 | 年 月 日 | 出生日 | 年 月 日 |
| 医療施設の名称・所在地 医師・助産師名 | | | | ⑱ | 上記の通り相違ないことを証明する。 令和 年 月 日 | | | | |
| | | | | | 市区町村長名 | | | | ⑲ |

健康保険・出産育児一時金請求書の記入上の注意

I 被保険者への注意事項

1. 標題の被保険者、又は被扶養者のいずれか該当する文字を○で囲んで下さい。
2. ④欄は任意継続被保険者の場合（任継）と記載して下さい。
3. ⑧欄は出産した病院、診療所又は産院等の施設名を記入して下さい。自宅分娩の場合はその旨を記載します。
4. ⑨欄は、「出生児は夫の扶養とした」「養子縁組をした」などの理由で自分の被扶養者として扶養申請をしないときに、記入して下さい。
5. ⑩⑭欄は被保険者資格で請求するときは斜線で抹消して下さい。
6. ⑩欄は被扶養者の出産により、請求されるときにだけ記入して下さい。
7. ⑪⑫欄は出生児の氏名・続柄を記載します。多胎児の場合はそれぞれ記入して下さい。
8. ⑬欄は資格喪失後の請求で、現在被扶養者となっているときに記入します。加入している医療保険の保険者名、記号番号、被扶養者認定日を保険証を見て記入して下さい。
9. ⑭欄は被扶養者である妻が、出産の日以前1年以内に勤務した経過がある場合に記入して下さい。
10. ⑮欄は被保険者、被扶養者請求とも受領方委任の事業所の名称、事業主の氏名記入の上、**被保険者署名捺印**をしてください。
11. ⑯⑰欄は**どちらか一方のみ**、証明を記載してください。どちらでも結構です。
12. ⑯欄の証明が外国語で作成されているときは、日本語の翻訳文（翻訳者の氏名・住所を記載したものを）を添付して下さい。
13. ⑰欄はつぎによります。
 - (1) この証明は出生届が出されている場合に限り受けることができます。
 - (2) 出生届を非本籍地の市区町村に届け出たとき。
 - ・出生届を届け出た市区町村の他、本籍地の市区町村でも一定期間後にこの証明を受けることができます。（市区町村間の書類転送後）
 - (3) 出生届を本籍地の市区町村に届け出たとき。
 - ・届け出後ただちに証明を受けることができます。
 - (4) この証明を受けるためには、「本籍、筆頭者氏名、出生届出日、出生児氏名、出生年月日」の**各欄について、あらかじめ記入をしておくことが必要**です。
 - (5) 市区町村長によるこの証明は無料とされています。
14. 資格喪失後、6ヵ月以内に出産した場合、被保険者出産育児一時金を受給するか、被扶養者として家族出産育児一時金を受給するかは、請求者が選択することになります。両方から受給することはできません。
15. 産科保償制度対象分娩の場合は、証明印の押された領収証又は請求書の写しを添付して下さい。添付なき場合は1万6千円の加算がされません。

II 医師・助産師、又は市区町村へのお願い（注意事項）

1. ⑯欄は該当する文字を○で囲み、死産の場合は妊娠（ ヵ月）であったかを記入して下さい。また、出生児が多胎のときは（ 児）であるか記入してください。
2. ⑯⑰欄を証明する際は、下欄に証明年月日を記載の上、署名捺印して下さい。