

出産育児一時金・付加金支給決定伺		業務部長	業務課長	審 査	係
支給決定額	種 目	出産育児一時金			
	法定給付金	円			
	付加給付金	円	資 取 得	年 月 日	
	合 計	円	格 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・付加金請求書

(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
被保険者が自ら署名する場合は被保険者の押印は不要です。
但し、受領委任欄への押印は必要です。

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	
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制度対象分娩された場合は、押印された領収証又は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
医療施設の名称・所在地 医師・助産師名 ㊟					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 ㊟