

出産育児一時金の申請に係わる申出書

長野県農業協同組合健康保険組合への出産育児一時金・配偶者出産育児一時金請求について、下記該当保険者の証明を以て申請します。

記

1. 申請年月日 平成 年 月 日
2. 出産者氏名 _____ 印
3. 被保険者資格喪失日 平成 年 月 日
4. 出産年月日 平成 年 月 日
5. 出生児氏名 _____

証 明 欄

上記の者の出産について、出産費、出産育児一時金・配偶者出産育児一時金の請求及び支払いの無いことを証明します。

平成 年 月 日

保険者（市区町村長）住所 _____

保険者（市区町村長）名 _____ 印

電話番号 () _____

裏面をよく読み、該当する者はこの申出書を提出してください。

該当保険者（事業主の証明では不可）の証明を貰い出産育児一時金請求書と一緒に申請してください。