

出産育児一時金支給決定伺		常務理事	事務長	課長	係
支給 決定額	円				
		決定年月日		年 月 日	
		取得喪失		年 月 日	

受付

資格情報のお知らせ等に記載の記号・番号をご記入ください。

## 出産育児一時金請求書

R5.9.1~

被保険者 が記入する ところ	① 被保険者証の 記号番号	記号 99 番号 999	フリガナ ケンポ タロウ			
	② 被保険者の 氏名・印	健保 太郎			印	
	③ 被保険者の 現住所	和歌山市美園町5丁目1番地の1			電話番号 073-436-0502	
	④ 事業所の名称	〇〇農業協同組合				
	⑤ 分べん年月	〇年 〇月 〇日		⑥ 死産のときはその旨		
	⑦ 分べんした場所	病院等の 名稱	〇〇総合病院			
		病院等の 所在地	和歌山県〇〇市〇〇			
	⑧ 被扶養者である 家族が出産したとき	氏名 健保 花子	生年 月日	〇年 〇月 〇日		
	フリガナ ケンポ ジロウ	⑩ 出生児が 被扶養者か どうか		ある	被扶養者で ない	
	⑨ 出生児の氏名 健保 次郎					
	⑪ 備考 資格喪失年月日	年 月 日				
	⑫ 上記金額の受領方を 事業主 氏名 委任払い	JA 支店・支所	名義人(②と同) 口座(種目・番号)	〇〇農業協同組合 事業主〇〇 〇〇 に委任します。 被保険者の氏名・印 健保 太郎 印		
	⑬ 振込先 JA名					
記入欄は、 下資格喪失後 の被保険者が 直接受領する とき、 市区町村長 が 明示す るは 市と 区と 町と こ 長が	⑭ 分べん年月日	年 月 日	⑮ 生産・死産の別	生産・死産	(妊 第 娠 週)	
	⑯ 分べんに関し健康 保険の入院の有無	有・無	⑰ 健康保険で給付 される入院の期間	年 月 日から 年 月 日まで		
	⑲ 出生児の数 単胎・多胎(児)					
	上記のとおり相違ないことを証明する。 年 月 日 医療施設の名称・所在地 医師・助産師名					印
	本籍			筆頭者氏名		
	出生届出日	年 月 日	出生児氏名		出生年月日	年 月 日
	上記のとおり相違ないことを証明する。 年 月 日					
	市区町村長名					印

## (1) 被保険者の注意事項

- 1 標題は、被保険者(本人)が分べんしたときは「被保険者」を、家族が分べんしたときは「家族」を、○印で囲んでください。
- 2 ⑦欄の分べんした場所は、分べんした病院、診療所又は助産所などの医療施設名を記入してください。なお、自宅分べんの場合はその旨を記入してください。
- 3 ⑧欄は、被保険者(本人)分べんの請求であるときは、斜線で抹消してください。
- 4 ⑨欄には、出産児が複数のときは、それぞれの氏名を記入してください。
- 5 ⑪欄には、被保険者の資格を喪失した後の分べんである(⑬欄記入)ときは、資格喪失年月日を、生産であった間もなく死亡したときは「出生児は、〇〇時間生存した後死亡」などを記入してください。

## (2) 医師、助産師の注意事項

- 1 ⑮欄は、該当する文字を○印で囲み、死産の場合は、妊娠第　週であったかを記入してください。
- 2 ⑯欄は、分べんに関し入院した場合において、その入院が健康保険の療養の給付扱いであったか否かの別を記入してください。なお、有に該当する場合は、その入院の期間を⑰欄に記入してください。