

様式番号	
給	7

給付決定伺

部長	課長	扱	合議

※

事業所記号	被保険者番号

※

支出科目		金額			
法定給付費	被保険者 家族	出産育児一時金			

健康保険 被保険者 出産育児一時金請求書

◎この請求書は、「被保険者」・「家族」のどちらかを二重線で抹消願います。
 ※印の欄は記入しないでください。

記入する 被 保 者 の こ ろ	被保険者の記号と番号	-		取得	・	・
	勤務している(いた)事業所名			喪失	・	・
	出産した年月日及び新生児数	令和 年 月 日	日出産(児)			
	出産又は死産の別	○生産 ・ ○死産		(妊娠 週 日)		
	出生児の氏名・続柄	氏名		続柄		
	出生児が被扶養者であることの有無及び被扶養者でない時はその理由	被扶養者で ○ある ○ない (理由)				
	出産者が家族であるときは	氏名	年 月 日生			
市医師村・長助産師又	出生した年月日	令和 年 月 日	生産・死産の別	生産 ・ 死産	(妊娠 週)	
欄	出生児数	単胎・多胎(児)	備考			
※は	上記のとおり相違ないことを証明します。					
	令和 年 月 日	住所	証明者 職名	氏名		
	本籍		筆頭者氏名			
	出生児氏名		出生年月日			
	上記のとおり相違ないことを証明します。					
	令和 年 月 日	市区町村長名	Ⓔ			
上記のとおり申請いたします。						
なお、必要な添付書類の提出及び申請内容に関する問い合わせを事業主経由で行うことに【同意します・同意しません】。						
令和 年 月 日	被保険者 (自署)	住所 氏名				
上記の請求について誤りのないことを証明します。						
	事業所名	事業主名				
北海道農業団体健康保険組合理事長 殿						
※注 【同意します・同意しません】については選択される方に○をしてください。選択がない場合は、同意されたものとみなします。						
※注 同意されない場合は、添付書類を封筒に入れるなどして第三者にはわからないようにされた上で事業所健康保険担当者へ渡してください。その場合はご本人へ直接連絡させていただくことがあります。						
※注 請求書は原則事業主経由での提出となります。事業主経由での提出を希望されない方は事前に当組合へお申し出ください。						

申請前に確認願います。

被保険者：北農健保の資格喪失後6ヶ月以内に出産した場合…出産時の健康保険
 家族：北農健保の扶養認定後6ヶ月以内に出産した場合…以前加入していた健康保険 を以下に記入

健康保険加入状況			
健康保険の種類	・任意継続 ・国保 ・健康保険 ・共済組合 ・その他()		
加入時の記号番号		資格取得(扶養認定)日	
加入していた健康保険名		資格喪失(扶養削除)日	
同一の出産について上記加入していた健康保険より出産一時金を： ・受けた(受ける予定) ・受けない どちらかに○			

【必要添付書類】 出産費用明細書(代理受領額・出産日・出生児数の記載あるもの)の写し、合意文書の写し
 ※直接支払制度の合意文書に当組合名が明記されている場合には「医師・助産師又は市町村長の証明」は必要ありません。