

直接支払制度を利用せずに出産費用を全額自己負担したとき

|                       |           |          |       |    |     |                   |      |             |
|-----------------------|-----------|----------|-------|----|-----|-------------------|------|-------------|
| 健<br>保<br>記<br>入<br>欄 | 支 給 決 定 伺 |          |       |    |     | 支 給<br>決 定 額<br>¥ | 資格取得 | 昭・平・令 年 月 日 |
|                       | 常務理事      | 事務長      | 課長    | 係長 | 係員  |                   | 資格喪失 | 令和 年 月 日    |
|                       | 支給決定      | 令和 年 月 日 | 法定給付金 | ¥  | 備 考 |                   |      |             |
|                       | 支給年月      | 令和 年 月 日 | 付加給付金 | ¥  |     |                   |      |             |

健康保険 被保険者 出産育児一時金 支給申請書  
家 族 出産育児一時金付加金

|  |  |                         |                      |                                 |           |   |                                      |                               |
|--|--|-------------------------|----------------------|---------------------------------|-----------|---|--------------------------------------|-------------------------------|
| 被<br>保<br>険<br>者<br>記<br>入<br>欄            | ① 被 保 険 者<br>記 号 ・ 番 号                         | ② 被 保 険 者<br>氏 名        | ③ 被 保 険 者<br>生 年 月 日 | 昭和 年 月 日<br>平成                  |           |   |                                      |                               |
|  | ④ 勤 務 先  |                         |                      |                                 |           |   |                                      |                               |
|  | ⑤ 出 産 者 が<br>家 族 の 場 合                         | 氏 名                     | 生 年 月 日              | 昭 平 年 月 日                       |           |   |                                      |                               |
|  | ⑥ 出 産 年 月 日                                    | 令和 年 月 日                | ⑦ 生 産 児 数            | 人                               | ⑧ 死 産 児 数 | 人 | 妊 娠 経 過<br>期 間                       | 満 週                           |
|  | ⑨ 出 産 し た<br>医 療 機 関                           | 名 称                     | 所 在 地                |                                 |           |   |                                      |                               |
|  | ⑩ 被 保 険 者 が 資 格 喪 失 後<br>6 ヶ 月 以 内 の 出 産 の 場 合 | 現 在 加 入 し て い る 保 険 者 名 | 記 号 ・ 番 号            | 同一の出産について、現在加入している保険者より出産育児一時金を |           |   | <input type="checkbox"/> 受けた (受ける予定) | <input type="checkbox"/> 受けない |
|  | ⑪ 被 扶 養 者 が 資 格 取 得 後<br>6 ヶ 月 以 内 の 出 産 の 場 合 | 以 前 加 入 し て い た 保 険 者 名 | 記 号 ・ 番 号            | 同一の出産について、以前加入していた保険者より出産育児一時金を |           |   | <input type="checkbox"/> 受けた (受ける予定) | <input type="checkbox"/> 受けない |
|  | ⑫ 振 込 先<br>指 定 口 座                             | 金 融 機 関 名 称             | 本 店                  | 預 金 種 目 ・ 口 座 番 号               | 口 座 名 義   |   |                                      |                               |
|  |  | 農 協                     | 支 店                  | 普 通<br>貯 蓄                      | フリガナ      |   |                                      |                               |
|  | 上記のとおり申請します。 〒 TEL                             |                         |                      |                                 |           |   |                                      |                               |
| 令和 年 月 日 住所<br>被保険者<br>京都府農協健康保険組合理事長 殿 氏名 |  |                         |                      |                                 |           |   |                                      |                               |

|                            |                          |                                      |   |
|----------------------------|--------------------------|--------------------------------------|---|
| 医<br>師<br>等<br>記<br>入<br>欄 | ⑬ 出 産 予 定 日<br>及 び 出 産 日 | 出 産 予 定 日 令和 年 月 日<br>出 産 日 令和 年 月 日 | 左記のとおり相違ないことを証明します。 令和 年 月 日                |
|                            | ⑭ 出 生 児 の 数              | 単 児 ・ 多 児 ( 児 )                      | 医 療 機 関 所 在 地                               |
|                            | ⑮ 生 産 又 は<br>死 産 の 別     | 生 産 ・ 死 産 ( 妊 娠 週 )                  | 医 療 機 関 名 称<br>医 師 ・ 助 産 師<br>市 区 町 村 長 氏 名 |

|                  |                              |   |       |
|------------------|------------------------------|---|-------|
| 委<br>任<br>の<br>欄 | この欄は請求金の受領を人に頼むときだけ記入してください。 | 本申請に基づく給付金に関する受領を下記の代理人に委任します。<br>被保険者 住所 氏名<br>代理人 住所 氏名 | 受 付 印 |
|                  |                              |   |       |

添付書類

- ◎ 出産された医療機関が交付する直接支払制度を利用しない旨の合意文書の写しを添付してください。
- ◎ 出産された医療機関が交付する出産費用の明細書または領収書の写しを添付してください。  
※ 出産日・出産児数・代理受領額・直接支払制度利用の有無等が記載されたものを添付してください。  
※ 産科医療補償制度対象分娩については、産科医療補償制度加入機関のスタンプが押印されたものを添付してください。

留意事項

- ◎ 直接支払制度を利用せずに出産費用を全額自己負担したときは、この申請書をご利用ください。
- ◎ 被保険者が資格喪失した場合でも、資格喪失日の前日までに被保険者期間が継続して1年 (任意継続期間は除く) 以上あり、資格喪失後6ヶ月以内の出産であれば、支給を受けることができます。(ただし、付加給付金は支給されません)
- ◎ 資格喪失後6ヶ月以内の出産に対しても支給されるため、支給を受けることができる保険者が複数になる場合、いずれかの保険者を1ヶ所選択していただくことになります。