

○直接支払制度を利用されなかったときのみ、「産科医療補償制度」に加入していることを証明する所定印が押印された領収書の写しを添付のこと。

○多胎の場合は出生児名を連記すること。

○資格喪失後にこの請求をするときは「出産育児一時金に関する証明」（放棄証明）を同時に提出のこと。

○医師の証明欄については別途証明書添付は不可。

○記載事項を訂正した場合はその箇所に訂正印を押印のこと。

被保険者が記入するところ

被保険者証 記号・番号	記号	番号	被保険者氏名			生年月日			
						昭和 平成	年	月	日
事業所名			被保険者の個人番号 (記号番号記入の場合は不要)						
分娩した医療機関	所在地								
	名称								
分娩年月日	平成 令和	年	月	日	出産・死産の別	出生児数		死産児数	
							児	児	(妊娠週)
フリガナ				続柄	出生児が被保険者の 扶養者であるかどうか			ある ない	
出生児の氏名									
家族分娩 対象者名	氏名				家族の生年月日	昭和 平成	年	月	日
直接支払制度を利用しましたか。					はい ・ いいえ				
出産した方	●被保険者→退職後6ヶ月以内の出産ですか ●家族→当組合に加入後6ヶ月以内の出産ですか				はい ・ いいえ ※①				
※①「はい」の場合、「保険者名」と「記号・番号」をご記入ください。					保険者名※②				
●被保険者→現在加入している保険者について					記号・番号				
●家族→当組合前に加入していた保険者について									
同一の出産について、※②の保険者より出産育児一時金を					受けた/受ける予定 ・ 受けない				

分娩年月日	平成 令和	年	月	日	出生児数	単胎・多胎(児)	死産(妊娠週)
上記のとおり相違ないことを証明する。							
年 月 日							
所在地							
医療機関 名称							
医師・助産師							
市区町村長名							
※直接支払制度を利用した場合は、分娩された医療機関等で当証明欄に分娩に係る証明をしていただく必要はありません。							

三重県農協健康保険組合 御中

年 月 日

上記給付金を申請いたします。

(円 -)

住所 _____

被保険者 (請求者) 氏名 _____

【振込先口座】

農協 本店 普通 口座番号※

銀行 支店 当座 振込先口座名 (カタカナ)

※口座番号は右詰でご記入ください。