

出産（家族出産）育児一時金支給申請書

被 保 險 者 が 記 入 す る 欄	被保険者証の 記号・番号				事業所の 名 称			
	出産した方	<input type="checkbox"/> 被保険者 <input type="checkbox"/> 家族（被扶養者） 氏名			生年月日	昭和 平成 年 月 日		
	出産した年月日	令和 年 月 日						
	生産・死産の別	<input type="checkbox"/> 生産 <input type="checkbox"/> 死産 <input type="checkbox"/> 生産・死産混合	生産の 出生児数	人	死産の 出生児数	人	死産の場合 の妊娠経過 期間	満 週
	出産した医療機関	医療機関の名称			所在地			
	出産し た方につ いて	<input type="checkbox"/> 被保険者⇒退職後6か月以内の出産ですか。 <input type="checkbox"/> 被扶養者⇒当組合に扶養認定後6か月以内の出産ですか。			<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ ↓下記の項目にご回答ください。			
		'はい'と回 答された方 のみ記入	<input type="checkbox"/> 被保険者 ⇒現在加入している保険者について 記入 <input type="checkbox"/> 被扶養者 ⇒当組合の前に加入していた保険者 について記入		資格期間 令和 年 月 日 ～ 令和 年 月 日	保険者名 記号・番号		
同一出産について、 上記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"/> 受けていない					
払渡し希望 の振込先	金融機関名	支店（店番）		口座番号	口座名義人氏名			
	銀行 信用金庫 信用農協	本店 支店 出張所	普通・当座		フリガナ	氏名		

上記のとおり申請します。

令和 年 月 日

被保険者（請求者） 〒 一

住所 _____

氏名 _____

TEL () 一

医師による 助産師 による 証明	出産者氏名			出産年月日	令和 年 月 日		
	出産児数			出産または死産の別	<input type="checkbox"/> 生産	<input type="checkbox"/> 死産⇒妊娠 満 週	
	上記のとおり相違ないことを証明する。		医療施設の所在地 令和 年 月 日 医療施設の名称 医師・助産師の氏名 <input type="button" value="印"/>				
証明市区 （生産による み）	本籍			筆頭者氏名			
	母の氏名	出生児氏名			出生年月日	令和 年 月 日	
上記のとおり相違ないことを証明する。 令和 年 月 日 市区町村長名 <input type="button" value="印"/>							

常務理事	事務長	副事務長	係	係	受付印