

出産（家族出産）育児一時金支給申請書

被 保 険 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		□被保険者 □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		□生産 □死産 □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	○被保険者⇒退職後 6 か月以内の出産ですか。 ○被扶養者⇒当組合に扶養認定後 6 か月以内の出産ですか。					□ はい □ 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	○被保険者 ⇒現在加入している保険者について 記入 ○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		保険者名			
						令和 年 月 日 ～ 令和 年 月 日		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			□ 受けた／受ける予定 □ 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） 〒 -
住所 _____
氏名 _____ ㊞
TEL () - _____

医 師 ・ 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	□生産 □死産⇒妊娠 満 週	
	上記のとおり相違ないことを証明する。 令和 年 月 日		医療施設の所在地 医療施設の名 称 医師・助産師の氏名 ㊞			
証 明 （ 市 区 町 村 に よ る 証 明 ）	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 ㊞			

常務理事	事務長	副事務長	係	係	受付印