

被保険者氏名

申請内容	1 出産した者	1. 被保険者 2. 家族（被扶養者）	
	1-①家族の場合はその方の	氏名	生年月日 <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日
	2 出産した年月日	令和 年 月 日	
	3 出産または死産の別	1. 生産 2. 死産 3. 生産・死産混在	
	3-①生産の場合は出生人数	人	3-②死産の場合は死産児数
		3-②-(1)死産の場合は妊娠経過期間	満 週
4 出産した医療機関等	名称	所在地	
5 出産した方	●被保険者 → 退職後6ヶ月以内の出産ですか。 ●被扶養者 → 当組合に加入後6ヶ月以内の出産ですか。	1. はい 2. いいえ	
5-①	「はい」の場合は、保険者名と記号・番号をご記入ください。 ●被保険者 → 現在加入している保険者について ●被扶養者 → 当組合加入前に加入していた保険者について	保険者名	
		記号・番号	
5-①-(1)	同一の出産について、5-①の保険者より出産育児一時金を	1. 受けた/受ける予定 2. 受けない	

証明欄 (いずれかにご記入ください。)	医師・助産師の証明に	出産者氏名	出産年月日	令和 年 月 日
		出生児の数	<input type="checkbox"/> 単胎 <input type="checkbox"/> 多胎 → (児)	生産または死産の別 <input type="checkbox"/> 生産 <input type="checkbox"/> 死産 → (妊娠 週 日)
		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		
		医療施設の名称		
	令和 年 月 日			
	医師・助産師の氏名			
市区町村長(生産のみ)	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。			
	市区町村長名			印
	令和 年 月 日			

※ご記入いただいた内容を訂正する場合は、訂正箇所を二重線で抹消し、正しい内容と証明者の氏名（サイン）をご記入ください。