

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			☐ 昭和		☐ 平成		☐ 令和		日	
				年	月									
	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		人	3－②－（1）死産の 場合は妊娠経過期間		満		週		
			名称											
	4	出産した医療機関等	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 よる	出産者氏名	出生年月日			令和 年 月 日		
		出生児の数	☐ 単胎 ☐ 多胎⇒（ 児）		生産または 死産の別	☐ 生産 ☐ 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						
	市区町村 の証明に よる	令和 年 月 日						
		医師・助産師の氏名						
		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								
令和 年 月 日								