

被保険者(申請者)情報	被保険者 記号・番号 (右づめ)	記号・番号がわからない場合は個人番号を記入してください。		生年月日	年	月	日
		記号	番号	<input type="checkbox"/> 昭和	<input type="text"/>		
	個人番号	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> 平成			
		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> 令和			
氏名	(フリガナ) -----						
住所	(〒 -) 都道 府県						
電話番号 (日中の連絡先)	TEL ()						

受取代理人の欄	被保険者 (申請者)	本申請に基づく給付金に関する受領を下記の代理人に委任します。		令和	年	月	日
		氏名		住所 「被保険者(申請者)情報」の住所と同じ			
代理人 (口座名義人)		(〒 -)	住所	-----			
		氏名					

振込先指定口座	在職中の方は原則、受取代理人(お勤めの事業所)への委任払いとするため記入不要。 <input type="checkbox"/> マイナポータル等で事前登録した公金受取口座を利用します。(利用する場合は☑ 利用しない場合は下記の欄を記入。)							
	金融機関 名称	銀行 金庫 信組 農協 漁協 その他()			本店 支店 出張所 本所 支所			
	預金種別	<input type="checkbox"/> 1.普通 <input type="checkbox"/> 2.当座	口座番号	<input type="text"/>				左づめでご記入ください。
	口座名義	<input type="text"/>				カタカナ(被保険者名義の口座に限る) (姓と名の間は1マス空けてご記入ください。 濁点、半濁点は1字としてご記入ください。)		

「申請者・医師・市区町村長記入用」は2ページに続きます。>>>

社会保険労務士の 提出代行者名記載欄	<input type="text"/>
-----------------------	----------------------

受付日付印

申請内容	1 出産した者	<input type="checkbox"/> 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
	2 出産した年月日	令和 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日		
	3 生産または死産の別	<input type="checkbox"/> 1. 生産 2. 死産 3. 生産・死産混在		
	3-① 「生産」の場合出生人数	<input type="text"/> 人	3-② 「死産」の場合死産児数	<input type="text"/> 人
		3-②-(1) 「死産」の場合妊娠経過期間	満 <input type="text"/> 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。 ●家 族 → 当組合に加入後6か月以内の出産ですか。		<input type="checkbox"/> 1. はい 2. いいえ	
5-① 「はい」の場合、『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 ●家 族 → 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	<input type="checkbox"/>		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・助産師による証明の場合	出産者氏名	出生年月日	令和 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日
		出生児の数 <input type="checkbox"/> 単胎 <input type="checkbox"/> 多胎 → (<input type="text"/> 児)	生産または死産の別	<input type="checkbox"/> 生産 <input type="checkbox"/> 死産 → (妊娠 <input type="text"/> 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		
証明の場合(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 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 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	
			印	