

被保険者氏名

申請内容	1 出産した方	<input type="checkbox"/> 被保険者 <input type="checkbox"/> 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 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日	
	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"/> 生産 <input type="checkbox"/> 死産 <input type="checkbox"/> 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
			3-③-(1) 「死産」の場合 妊娠経過期間	満 <input type="text"/> 週
	4 出生児の氏名			
5 出産した医療機関等	【名称】	【所在地】		
6 出産した方	<ul style="list-style-type: none"> ●被保険者 → 退職後6か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"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
6-① 「はい」の場合、『保険者名』と『記号・番号』をご記入ください。	<ul style="list-style-type: none"> ●被保険者 → 現在加入している保険者について ●家 族 → 当組合の前に加入していた保険者について 		【保険者名】	
	【記号】	【番号】		
6-①-(1) 同一の出産について、6-①の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"/> 受けない	

証明欄(いずれかにご記入ください)	医師・助産師の場合	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 → () 児	生産または死産の別
		医療施設の所在地		
		上記のとおり相違ないことを証明する。		
		医療施設の名称		
		令和 年 月 日		
		医師・助産師の氏名 印		
市町村長による(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。			
		市区町村長名 印		
		令和 年 月 日		