

健康保険 被保険者 家族 出産育児一時金 支給申請書

申請者・医師・市区町村長記入用

被保険者氏名

申請内容	1 出産した者	<input type="checkbox"/> 1. 被保険者 <input type="checkbox"/> 2. 家族（被扶養者）		
	1 家族の場合はその方の	氏名	生年月日 昭和 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日 平成 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日	
	2 出産した年月日	平成 <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 <input type="checkbox"/> 2. 死産 <input type="checkbox"/> 3. 生産・死産混在		
	3 「生産」の場合出生人数	<input type="text"/> 人	3 「死産」の場合死産児数	<input type="text"/> 人
			3 「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	被保険者 家 族	退職後6ヶ月以内の出産ですか。 当組合に加入後6か月以内の出産ですか。	<input type="checkbox"/> 1. はい <input type="checkbox"/> 2. いいえ	
6 「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	
6 (1) 同一の出産について、6	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 <input type="checkbox"/> 2. 受けない	

証明欄（いずれかに記入してください）	医師・助産師による証明の場合	出産者氏名	出産年月日	平成 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日
		出生児の数	単胎 多胎（ 児）	生産または死産の別
		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 医師・助産師の氏名	平成 年 月 日 印
証明の場合（生産のみ）	市区町村長による	本籍	筆頭者氏名	
		母の氏名	出生児氏名	出生年月日 平成 <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	平成 年 月 日 印