

2枚目 (2枚1組)

健康保険 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）		
	1-① 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 年 月 日 <input type="checkbox"/> 令和
	2. 出産した年月日	年 月 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		
	3-① 「生産」の場合の出生人数	人	3-② 「死産」の場合死産児数	人
			3-②-(1) 「死産」の場合妊娠経過期間	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。 ●家族⇒当組合に加入後6ヶ月以内の出産ですか。		<input type="checkbox"/> 1. はい <input type="checkbox"/> 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			
5-② 同一の出産について、5-①の保険者より 出産育児一時金を受けますか。			<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 ご記入ください)	医師または証明の助産師による	出産者氏名	出産年月日	年 月 日
		出生児の数	生産または死産の別	<input type="checkbox"/> 単胎 <input type="checkbox"/> 多胎 ⇒ 児 <input type="checkbox"/> 生産 <input type="checkbox"/> 死産 ⇒ 妊娠 週
		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 : _____ 年 月 日 医師・助産師の氏名 : _____		
市区町村長による証明の場合(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	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 : _____ 年 月 日