

被保険者(申請者)情報	記号	番号	生年月日	年	月	日	
	被保険者証の (左づめ)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> 昭和	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	氏名・印	(フリガナ)	自署の場合は押印を省略できます。				
住所	(〒 -)	都 道 府 県					
電話番号 (日中の連絡先)	TEL ()						

振込先指定口座	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 3. 別段 2. 当座 4. 通知	口座番号 <input type="text"/>
	口座名義	▼カタカナ(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。)	
		口座名義 の区分	<input type="checkbox"/> 1. 申請者 2. 代理人

「2」の場合は必ず記入・押印ください。(押印省略不可)

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。	平成 年 月 日
	代理人 (口座名義人)	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)	(〒 -) TEL () 住所 (フリガナ) 氏名・印	委任者と 代理人との 関係

「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

印

(26.7)
受付日付印

被保険者氏名

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="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 2. 死産 3. 生産・死産混在		
③-① 「生産」の場合 出生児数	<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 → 健康保険に加入後6か月以内の出産ですか。 		<input type="checkbox"/> 1. はい 2. いいえ
「はい」の場合、『保険者名』と『記号・番号』をご記入ください。			
⑥-①	<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 → 健康保険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
⑥-①-①	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"/> 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	平成 <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。 平成 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日 医療施設の所在地 医療施設の名称 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 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。 平成 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日 市区町村長名		