

- 【添付書類】 ①医療機関等から交付される「代理契約（直接支払制度）に関する文書」の写し  
②医療機関等から交付される「出産費用の領収・明細書」の写し  
※海外で出産した場合は、添付書類が異なりますので当組合へお問合せください。

被 保 険 者 情 報	被保険者証	記号		番号									
	氏名	(フリガナ)	生年月日	昭和・平成									
				年	月	日							
	住所	〒	電話番号（日中の連絡先）		( )								
		都道	府県										
事業所名称													
振込先 金融機関	※被保険者（申請者）の口座へ振込を希望する場合に記入してください。 (銀行コード ) (支店コード )												
		銀行	・	信用組合	本店								
		信用金庫	・	農協	支店								
預金種別	1. 普通	2. 当座	口座番号										
口座名義 (カタカナで記入)													
申 請 内 容	出産した者	1. 被保険者	2. 家族(被扶養者)	出産した方の 氏名									
				生年月日	昭和・平成								
				年	月	日							
	出産した年月日	令和	年	月	日	生産児数	人	死産児数	人	死産の場合 妊娠経過期間	妊娠日数	日	週
	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。		上記で「はい」の場合、「保険者名」と「記号・番号」をご記入ください。		1. はい	2. いいえ						
	●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		同一の出産で、上記に記入した保険者より出産育児一時金を		保険者名		記号・番号						
					1. 受けた/受ける予定		2. 受けない						
医 師 ・ 助 産 師 ま た は 市 区 町 村 長 に よ る 証 明 欄	出産者氏名			出産年月日	令和	年	月	日					
	出産児の数	単胎	・	多胎 ( )	生産または死産 の別	生産 (妊娠 死産 (妊娠日数	週) 日)						
	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・名称												
医師・助産師の氏名													
市区町村長名													
受 取 代 理 人 の 欄	※給付金に関する受領を代理人（事業主）に委任する場合に記入してください。 本申請に基づく給付金に関する受領を代理人に委任します。												
	被保険者(請求者)	住所			氏名	Ⓜ							
	代理人の住所												
	代理人の氏名と印					Ⓜ							
委任者と代理人の関係													

受付印