

被保険者(申請者)情報	記号	番号	生年月日
	被保険者の	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	氏名	(フリガナ)	<input type="text"/>
	住所	(〒 -)	事業所名
電話番号 (日中の連絡先)	TEL ()		
<input type="checkbox"/> 出産育児一時金(内払金)の受取については事業主に委任します。 ※在職中の方は事業主への委任払いにご協力願います。			

受取代理人の欄 (事業主への委任欄)	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。	令和 年 月 日
	受取代理人 (事業所の 事業主様)	事業所所在地 事業所名称 事業主氏名	委任者と 受取代理人 との関係

振込指定口座 (委任の場合は事業主口座)	金融機関 名称	<input type="radio"/> 銀行 <input type="radio"/> 信用金庫 <input type="radio"/> その他 <input type="radio"/> 本店 <input type="radio"/> 支店 <input type="radio"/> その他
	預金種別	<input type="checkbox"/> 1. 普通 <input type="checkbox"/> 2. 当座
	口座番号	<input type="text"/>
口座名義	(フリガナ)	口座名義の区分 <input type="checkbox"/> 1. 申請者 <input type="checkbox"/> 2. 受取代理人

「申請者・医師・市区町村長記入用」は2ページに続きます。>>>

被保険者のマイナンバー記載欄

- ・被保険者の記号番号を記入した場合は、マイナンバーの記載は不要です
- ・マイナンバーを記載した場合は、個人番号確認、本人確認をするための添付書類が必要です

受付日付印

社会保険労務士の
提出代行者名記載欄

被保険者氏名

1 出産した者

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

 昭和 平成

年

月

日

2 出産した年月日

令和

年

月

日

3 生産または死産の別

1. 生産 2. 死産 3. 生産・死産混在

3 - ①

「生産」の場合出生人数

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か月以内の出産ですか。

1. はい 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 - ① - (1)

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

1. 受けた／受ける予定 2. 受けない

【添付書類】

1. 出産育児一時金等申請・受取代理契約書(合意書)控の写
2. 分娩費内訳明細書(領収書)の写 → 産科医療補償制度の対象分娩の場合は所定印が必要

【直接支払制度を利用し、出産費用が出産育児一時金の額より少なく、その差額の支払いを申請する場合】

1. 医師・助産師による出産証明、または市区町村長による出生に関して戸籍に記載した事項等の証明を受けてください。
2. 死産の場合は、医師・助産師による証明を受けてください。ただし、医療機関等から交付される領収・明細書に「出産年月日」および「出生児数」が記載されている場合、もしくは死産の場合で「死産年月日」および「妊娠週数」が記載されている場合は、下欄の証明は必要ありません。

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	出産年月日	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 → (<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。 令和 <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 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。 令和 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日		市区町村長名 