

## 被保険者 出産育児一時金 支給申請書 1/2

### 家族 出産育児付加金

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 (右づめ)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> 昭和	<input type="text"/>		
	氏名 (自署)	(フリガナ) -----					
	住所	(〒 - )					
電話番号 (日中の連絡先)	TEL ( )						

受取代理人の欄	被保険者 (申請者)	<input type="checkbox"/> 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 (委任する場合は <input checked="" type="checkbox"/> )				令和	年	月	日
	代理人 (口座名義人)	(〒 - )	住所	TEL	( )	委任者と 代理人との 関係			
	氏名・印	-----				印	事業主		

注) アルバイト、任意継続者、資格喪失者の方のみ、下記振込先指定口座欄に記入

振込先指定口座	金融機関名称	<input type="checkbox"/> 銀行 <input type="checkbox"/> 金庫 <input type="checkbox"/> 信組 <input type="checkbox"/> 農協 <input type="checkbox"/> 漁協 その他 ( )				<input type="checkbox"/> 本店 <input type="checkbox"/> 支店 <input type="checkbox"/> 出張所 <input type="checkbox"/> 本所 <input type="checkbox"/> 支所	
	預金種別	<input type="checkbox"/> 1. 普通 3. 別段 <input type="checkbox"/> 2. 当座 4. 通知	口座番号	<input type="text"/>			左づめで記入
	口座名義	▼カタカナ(姓と名の間は1マス空けて記入、濁点(゜)、半濁点(゜)は1字として記入ください)				口座名義の区分	<input type="checkbox"/> 1. 被保険者 <input type="checkbox"/> 2. 代理人

#### 【添付書類】

- 1 出産費用の領収書・明細書のコピー
- 2 直接支払制度の利用可否に関する文書のコピー
- 3 申請書所定欄(2ページ目)にいずれかの証明

医師・助産師の証明 または 市区町村の証明

【上記証明が受けられない場合は下記いずれか1点(コピー)を添付】

- 母子手帳の出生届出済証明欄のコピー
- 出生届受理証明書
- 住民票
- 戸籍謄本(抄本)
- 戸籍記載事項証明書

「記入用紙」は2ページに続きます。>>>

育児月間誌「赤ちゃん和妈妈」を1年間無料で被保険者宅へお送りします。送付にあたり「赤ちゃん和妈妈社」へ被保険者の住所・氏名を提供しますので、送付不要の場合は  にチェック✓を入れてください。

「赤ちゃん和妈妈」誌の送付は不要です

・被保険者証の記号番号を記入した場合は不要です  
 ・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

被保険者のマイナンバー記載欄

被保険者 出産育児一時金 支給申請書 2/2  
家族 出産育児付加金

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 <input type="text"/> 生年月日 <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日
	2 出産した年月日	令和 <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」の場合出生人数	<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	※死産・流産・人工妊娠中絶の場合は、記載不要です。
5 出産した医療機関等	名称 <input type="text"/> 所在地 <input type="text"/>	
6 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。 <input type="checkbox"/> 1. はい 2. いいえ	
6 - 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 <input type="text"/> 記号・番号 <input type="text"/>	
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	

「母子手帳」の「出生届出済証明」ページの写しを添付することにより、下記証明欄の記載を省略することができます

証明欄 (いずれかに「記入ください」)	医師・助産師による証明の場合	出産者氏名 <input type="text"/>	出産年月日 令和 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日
	市区町村長による証明の場合(生産のみ)	本籍 <input type="text"/>	筆頭者氏名 <input type="text"/>
		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 <input type="text"/>
		母の氏名 <input type="text"/>	出生児氏名 <input type="text"/>
		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 <input type="text"/>

以上のとおり申請します。 令和 年 月 日提出