

被保険者氏名

申請内容

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

平成

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

●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

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

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

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

出産年月日

平成

年

月

日

出生児の数

 単胎 多胎

→ ()

児)

生産または死産の別

 生産 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

平成

年

月

日

医師・助産師の氏名

印

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

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

平成

年

月

日

印

【添付書類】

- 領収書・明細書のコピー（産科医療保障制度加入機関の押印があるもの）
- 出産育児一時金の医療機関直接支払い制度についての同意書のコピー

【内払金支払依頼書として提出する場合】

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。

死産の場合は、医師・助産師に限って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必要ありません。