

被 保 険 者 情 報	被保険者証 記号・番号	(記号)	(番号)	(事業所名)
	氏名	(フリガナ)		(生年月日) □ 昭和 □ 平成 年 月 日
	住所	(〒 -) 都 道 府 県		
	電話番号 (日中の連絡先)	TEL ()		

委任状

被保険者 本申請に基づく給付金に関する受領を 年 月 日 に委任します。

(氏名) (住所) 「被保険者情報」の住所と同じ

「被保険者（申請者）記入用」は2ページに続きます。〉〉〉

健 保 使 用 欄	支給額	円	常務理事	事務長	係
	制度対象分娩で □ ある □ ない	□ 被保険者 □ 被扶養者 ()			
	直接支払制度 平成 年 月請求	円	(資格取得日)	年 月 日	
	備考		(資格喪失日)	年 月 日	
			(支給決定日)	年 月 日	

被保険者のマイナンバー記載欄
(被保険者証の記号番号を記入した場合は不要です)

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

受付日付印

被保険者氏名

申請内容

1 出産した者	☐ 被保険者 ☐ 家族(被扶養者) (続柄)			
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	年 月 日			
3 生産または死産の別	☐ 生産 ☐ 死産 ☐ 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 出生児の氏名	(フリガナ)			
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。	☐ はい ☐ 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	☐ 受けた/受ける予定 ☐ 受けない			

添付書類

(0404 - 22)

- ・分娩時の領収書(写し)
- ・医療機関と交わした代理契約に関する文書(写し)