

支 給 額										円
出 産 日	令和 年 月 日									
出生児数	生産 人 ・ 死産 人									
産科補償制度	該当 非該当 海外									

決 議	常務理事	事務長		担当者
伺 年 月 日				
支 払 年 月 日				
資 格 取 得 日	令和	年	月	日
資 格 喪 失 日	令和	年	月	日
備 考				

※上記枠内は記入しないでください。

被保険者 家族 出産育児一時金 請求書

1

2

ページ

被保険者(申請者)記入用

被保険者 (申請者) 情報	被保険者証の 記号	番号	生年月日 <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 年 月 日 <input type="checkbox"/> 令和
	(フリガナ)		
	氏名・印	印	自署の場合は押印を省略できます。
住所	(〒 -)	(都 道 府 県)	
電話番号 (日中の連絡先)	TEL ()		

振込先指定口座 (退職した方)	金融機関 名称	(銀行) (金庫) (信組) (農協) (漁協) その他()	(本店) (支店) (出張所) (本所) (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
	口座名義	▼カタカナ(姓と名の間は1マス空けてご記入ください。濁点(・)、半濁点(゜)は1字としてご記入ください。)	

必ず記入・押印ください。(押印省略不可)

受取代理人の欄 (在職中の方)	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
	氏名・印	印	住所 「被保険者(申請者)情報」の住所と同じ
	(〒 -) TEL ()		
代理人 (口座名義人)	住所 (フリガナ)	氏名・印	印

「申請者・医師・市区町村長記入用」は2ページに続きます。>>>

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

受付日付印

社会保険労務士の
提出代行者名記載欄

印

1 / 2

被保険者
家族 出産育児一時金 請求書

1

2

ページ

申請者・医師・市区町村長記入用

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="checkbox"/> 氏名 生年月日 <input type="checkbox"/> 年 <input type="checkbox"/> 月 <input type="checkbox"/> 日 <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和
	2 出産した年月日 令和 <input type="checkbox"/> 年 <input type="checkbox"/> 月 <input type="checkbox"/> 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 出生児数 <input type="checkbox"/> 人
	3-② 「死産」の場合 死産児数 <input type="checkbox"/> 人
3-②-(1) 「死産」の場合 妊娠経過期間 満 <input type="checkbox"/> 週	
4 出生児の氏名	
5 出産した医療機関等 名称 <input type="checkbox"/> 所在地 <input type="checkbox"/>	
6 出産した方 <input type="checkbox"/> 1. はい 2. いいえ ●被保険者 → 退職後6か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。	
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	
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	
6-①-(1) <input type="checkbox"/> 1. 受けた/受ける予定 2. 受けない	

証明欄 (いづれかにご記入ください)	医師・助産師による 出産者氏名 <input type="checkbox"/> 出生年月日 令和 <input type="checkbox"/> 年 <input type="checkbox"/> 月 <input type="checkbox"/> 日
	出生児の数 <input type="checkbox"/> 単胎 <input type="checkbox"/> 多胎 → (<input type="checkbox"/> 児) 生産または死産の別 <input type="checkbox"/> 生産 <input type="checkbox"/> 死産 → (妊娠 <input type="checkbox"/> 週)
	上記のとおり相違ないことを証明する。 令和 <input type="checkbox"/> 年 <input type="checkbox"/> 月 <input type="checkbox"/> 日 医療施設の所在地 <input type="checkbox"/> 医療施設の名称 <input type="checkbox"/> 印 医師・助産師の氏名 <input type="checkbox"/>
市区町村長による (生産のみ)	本籍 <input type="checkbox"/> 筆頭者氏名 <input type="checkbox"/>
	母の氏名 <input type="checkbox"/> 出生児氏名 <input type="checkbox"/> 出生年月日 令和 <input type="checkbox"/> 年 <input type="checkbox"/> 月 <input type="checkbox"/> 日
	上記のとおり相違ないことを証明する。 令和 <input type="checkbox"/> 年 <input type="checkbox"/> 月 <input type="checkbox"/> 日 市区町村長名 <input type="checkbox"/> 印

出産費用の内訳がわかる出産費用証明書等を添付してください。