

被保険者氏名

※申請内容でご記入いただいた内容を訂正する場合は、訂正箇所を二重線で抹消し、正しい内容と被保険者（申請者）の氏名（サイン）をご記入ください。

申請内容

1 出産した者

1

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 ☐ 令和

年 月 日

2 出産した年月日

令和 02 年 07 月 12 日

3 生産または死産の別

1

1. 生産 2. 死産 3. 生産・死産混在

3-①

「生産」の場合出産人数

1

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

健保 雪子

5 出産した医療機関等

氏名

△ △ 産婦人科

所在地

世田谷区××2-2-2

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。

2

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

令和 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。

令和 年 月 日

医療施設の所在地

医療施設の名称

医師・助産師の氏名

医師または市区町村長 証明欄

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 年 月 日

上記のとおり相違ないことを証明する。

令和 年 月 日

市区町村長名

印

※証明欄でご記入いただいた内容を訂正する場合は、訂正箇所を二重線で抹消し、正しい内容と証明者の氏名（サイン）をご記入ください。