

●ボールペン等の消えないペンでご記入ください。(鉛筆、消えるペンでの記入不可)

●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、正しい内容をご記入ください。

被保険者情報	① 被保険者等	記号	番号
	② 氏名	(フリガナ)	③ 生年月日 昭・平・令 年 月 日
	④ 住所	〒 ー 都・道府・県	⑤ 電話番号 () ※日中に連絡が取れる電話番号をご記入ください。
	⑥ 事業所	名称 所在地	電話番号 ()

【ご注意ください】 家族(被扶養者)の方の申請であっても、被保険者情報の欄には、被保険者の氏名、生年月日、住所などをご記入ください。

申請内容	⑦ 出産した方 (どちらかに✓)	<input type="checkbox"/> 被保険者 <input type="checkbox"/> 家族(被扶養者)	
	⑧ 家族の場合は その方の	氏名	生年月日 昭・平・令 年 月 日 続柄 ()
	⑨ 出産した 年月日	令和 年 月 日	⑩ 生産児数 人 ⑪ 死産児数 人 ⑫ 死産のとき (妊娠経過期間) 週 日
	⑬ 出産した 医療機関等	名称	所在地
⑭ 他の健康保険 などに加入	出産日の前後6か月以内に他の健康 保険などに加入している場合	▶ 別途、「健康保険等加入状況の申告」を添付してください。	
添付書類	○直接支払制度に係る代理契約に関する合意文書のコピー ○「出産日」「出生児数」「代理受取額」の記載がある出産費用の明細書コピー (例: 出産費用明細書、分娩費用明細書等) ○産科医療保障制度加入機関のスタンプが押されている領収書等のコピー(上記、出産費用の明細書等に押されている場合は不要)		

証明欄	▶ 医師・助産師による証明の場合					
	出産年月日	令和 年 月 日	生産児数	単胎・多胎(児)	生産又は 死産の別	生産・死産(妊娠 週 日)
	上記のとおり相違ないことを証明する。 令和 年 月 日		医療機関の所在地・名称 医師・助産師の氏名			
▶ 市区町村長による証明の場合(生産のみ)						
本籍		筆頭者 氏名		出生 年月日	令和 年 月 日	
母の氏名		出生児氏名				
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 (印)				

「個人振込」「事業所払い」のどちらかを記入してください。

個人振込(被保険者名義。口座確認のため、通帳等の口座情報が記載された部分のコピーを必ず添付してください。事業所払いの場合は記入不要です。)

支払金融機関	金融機関名称	銀行・金庫・信組 農協・その他()	金融機関コード	預金種別	普通・当座・その他()
	口座名義 (カタカナで記入)	支店・本店・出張所 その他()	支店コード	口座番号	

事業所払い(個人振込の場合は記入不要です。)

委任状	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、受領責任者に委任します。 氏名	令和 年 月 日
	給付金 受領責任者	氏名	

令和 年 月 日提出

組合受付印