

(直接支払制度利用)

被保険者(申請者)情報	記号	番号	生年月日	年	月	日
	被保険者証の (右づめ)			☐ 昭和 ☐ 平成		
	氏名・印	(フリガナ)				
	住所	(〒 —) 都 道 府 県				
電話番号 (日中の連絡先)	TEL ()					

振込先指定口座	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	☐ 1. 普通 3. 別段 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。)		口座名義 の区分
				☐ 1. 申請者 2. 代理人

「2」の場合は必ず記入してください。

受取代理人の欄	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	住所		「被保険者(申請者)情報」の住所と同じ
	代理人 (口座名義人)	(〒 —) TEL ()	委任者と 代理人との 関係	
	住所	(フリガナ)		
	氏名			

「申請者・医師・市区町村長記入用」は2ページに続きます。>>>

被保険者証の記号番号に代えてマイナンバーにより申請する場合は、備考欄へ記載してください。
(マイナンバーを記載した場合は、個人番号確認、本人確認をするための添付書類が必要です。)

備考欄

(R4.1)
受付日付印社会保険労務士の
提出代行者名記載欄

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

令和

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

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。

医療施設の所在地

医療施設の名称

令和 年 月 日

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

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。

市区町村長名

令和 年 月 日

印

【添付書類】

- ①医療機関等から交付された「出産費用の領収・明細書」の写し
（代理受領額が記載されているもの）
②医療機関と交わした「直接支払制度合意文書」の写し

※直接支払制度を利用している場合は、「証明欄」（医師・市区町村の証明）は不要です。