

【直接支払制度を利用】

被保険者 (申請者) 情報	被保険者証の (右づめ)	記号 [][][][][]	番号 [][][][][][][][][]	生年月日 年 月 日 <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	[][][][][][]
	氏名	(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 (被保険者口座)	金融機関 コード・名称	銀行コード: [][][]	銀行 金庫 信組 農協 漁協 その他 ([][][])	支店コード: [][][]	本店 支店 出張所 本所 支所
	預金種別	<input type="checkbox"/> 1. 普通 3. 別段 2. 当座 4. 通知	口座番号	[][][][][][][][][]	左づめでご記入ください。
	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

※記入内容を訂正する場合は、被保険者が二重線で抹消し、正しい内容を記入し、被保険者氏名(フルネーム)を記入してください。 「2」の場合は必ず記入ください。

受取代理人 (健保口) 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
	代理人 (健保口情報)	住所	「被保険者(申請者)情報」の住所と同じ	
	住所	(〒 [][][] - [][][])	TEL	([][][] - [][][])
	氏名	(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。>>>

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

※記入内容を訂正する場合は、被保険者が二重線で抹消し、正しい内容を記入し、被保険者氏名(フルネーム)を記入してください。

申請内容	1 出産した者	<input type="checkbox"/> 1. 被保険者 <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日	
	2 出産した年月日	<input type="checkbox"/> 令和 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日		
	3 生産または死産の別	<input type="checkbox"/> 1. 生産 <input type="checkbox"/> 2. 死産 <input type="checkbox"/> 3. 生産・死産混在		
	3-① 「生産」の場合出生人数	<input type="text"/> 人	3-② 「死産」の場合死産児数	<input type="text"/> 人
	3-②-(1) 「死産」の場合妊娠経過期間	満 <input type="text"/> 週		
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。		<input type="checkbox"/> 1. はい <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 1. 受けた/受ける予定 <input type="checkbox"/> 2. 受けない			

添付資料	『出産育児一時金直接支払通知書』が健保からお手元に届いている方	<input type="checkbox"/> 添付資料は不要です。
	『出産育児一時金直接支払通知書』が健保からお手元に届いていない方 <3の証明は下記の証明があれば不要です。>	<input type="checkbox"/> 1. 直接支払制度の合意文書(写) <input type="checkbox"/> 2. 出産費用の領収・明細書(写) <input type="checkbox"/> 3. 出生証明書(写)または母子健康手帳の出生届出済証明ページ(写) ※死産の場合は死産証明書(写)

証明欄 (いずれかにご記入ください)	医師・助産師による	出産者氏名	出産年月日	<input type="checkbox"/> 令和 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日
	出生児の数	<input type="checkbox"/> 単胎 <input type="checkbox"/> 多胎 → () 児)	生産または死産の別	<input type="checkbox"/> 生産 <input type="checkbox"/> 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	医師・助産師の氏名
市区町村長による (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	<input type="checkbox"/> 令和 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日
	上記のとおり相違ないことを証明する。	市区町村長名	印	