

【直接支払制度を利用していない】

被保険者(申請者)情報	記号	番号	生年月日	年	月	日	
	被保険者等の (右づめ)	2 2 7		3	5	0	
	氏名	(フリガナ) ケンポ ハナコ	<input checked="" type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	5	0	9	7
	住所	(〒 332 - 0035)	埼玉県	川口市西青木	〇-〇-〇		
電話番号 (日中の連絡先)	TEL 048 (258) ΔΔΔΔ						

振込先指定口座 (被保険者口座)	金融機関 名称	銀行コード: 0017	銀行	金庫	信組	支店コード: 357	本店	支店
	名称: 埼玉りそな	農協	漁協	名称: 川口	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	9 8 7 6 5 4	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	1	1. 申請者 2. 代理人
	ケンポ゜ ハナコ							

「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	事業所指定口座(健保口)への 振り込みを指定される場合は、 こちらへご記入ください。			
	氏名	(フリガナ)				

「申請者・医師・市区町村長記入用」は2ページに続きます。>>>

※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。
修正液(テープ)等を使用しないでください。

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

健保 花子

※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。修正液(テープ)等を使用しないでください。

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

年 月 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」の場合出生人数

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

5 出産した医療機関等

名称

鳩ヶ谷総合病院

所在地

川口市南鳩ヶ谷◇ー◇

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

添付資料

< 3の証明は下記の証明があれば不要です。 >

1. 直接支払制度の合意文書(写)
2. 出産費用の領収・明細書(写)
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)

※「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)」が添付できない場合、下記のいずれかの証明が必要です。

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

令和 年 月 日

医療施設の名称

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

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