

被 保 険 者 欄	記号	番号	氏名	(フリガナ)
	被保険者証の (左つめ)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
	生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	電話番号 (日中の連絡先)	<input type="checkbox"/> 勤務先 <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 携帯 () () ()
会社名 事業所 所属	※退職者の方は住所をご記入ください。			

申 請 内 容	1 出産した者	<input type="checkbox"/> 被保険者 <input type="checkbox"/> 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						
	2 出産した年月日	<input type="checkbox"/> 平成 <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"/> 生産 <input type="checkbox"/> 死産 <input type="checkbox"/> 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
	4 出産した医療機関等	名称	所在地							
	5 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"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ						
	5-① 「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記入 ●家 族 → 当組合加入前に加入していた保険者について記入	保険者名	記号・番号							
5-①-(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"/> 受けた <input type="checkbox"/> 受ける予定 <input type="checkbox"/> 受けない									

※ 退職者の方(任意継続被保険者は除く)は、振込先口座の通帳(写)を添付してください。

〔備考〕

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、備考欄へ記入してください。(マイナンバーを記載した場合は、個人番号確認、本人確認のため添付書類が必要です)

受付日付印