

被保険者が記入するところ	①被保険者証の	記号	番号	②事業所の	名称	所在地		
	③被保険者(請求者)の氏名	フリガナ		④生年月日		⑤電話番号		
	⑥被保険者(請求者)の住所	郵便番号	フリガナ					
	⑦被扶養者(家族)が出産した場合	フリガナ	氏名		生年月日		被保険者との続柄	
	⑧認定日から6ヵ月以内の出産の場合前健康保険について	健保・国保等の名称		続柄	記号・番号	旧姓	加入期間	
		電話	本人	昭・平・令 年 月 日			昭・平・令 年 月 日	
	※同一の出産に対して一時金の支給は1回のみです。 重複支給の防止のため、上記内容について、前保険者・前会社等に照会確認を行います。							
	⑨出産年月日	令和 年 月 日	⑩生産児数	⑪死産児数	⑫死産のときはその旨と妊娠経過期間			
	⑬出生児の氏名	フリガナ	続柄	人	人	妊娠 ヵ月・ 週		
	⑭支払金融機関の欄	銀行 信金 信組 農協	本店 支店 出張所 営業所	預金 種別	1.普通 2.当座 3.その他	口座番号	口座名義	
⑮受取代理人の欄	本請求に基づく給付金に関する権限を代理人に委任します。 令和 年 月 日 被保険者氏名 住所 (請求者) 代理人氏名 住所 委任者と代理人との関係							

⑯医師・助産婦が証明するところ	出産した年月日	令和 年 月 日	出産または死産の別	出産 ・ 死産(妊娠 ヵ月 週)		
	出産児の数	単胎 ・ 多胎(児)	備考			
	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・助産婦名					

⑰市区町村長が証明するところ	本籍				筆頭者氏名		
	出生児氏名	出生年月日	令和 年 月 日	出生届出日	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						
※この押印は、省略できません。							

社会保険労務士記載欄

 令和 年 月 日提出

備考欄(注)	
--------	--

(注)被保険者証の記号番号に代えて個人番号により申請する場合は、備考欄へ記載して下さい。
 個人番号を記載した場合は、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。