



同年月日		令和 年 月 日		
常務理事	事務長	課長	係長	係

法定給付費

記入例

記号番号は、「資格情報のお知らせ」で確認できます

被保険者 家族 出産育児一時金支給申請書

令和 年 月 日請求

被保険者情報	被保険者等記号・番号		記号番号が分からない場合はマイナンバーを記入してください			
	記号	100	番号	999		
	被保険者氏名	〇〇 〇〇		生年月日	昭和 平成	〇 年 〇 月 〇 日
事業所名称	〇〇 信用金庫		被保険者の住所	〇〇市〇〇町〇-〇		

申請内容	出産した者	1. 被保険者 2. 家族(被扶養者)					
	出産した者が家族(被扶養者)の場合	氏名	〇〇 〇〇		生年月日	昭和 平成	〇 年 〇 月 〇 日
	出産した年月日	令和 〇 年 〇 月 〇 日					
	生産または死産の別	1. 生産 2. 死産 3. 生産・死産混在					
	「生産」の場合 出生人数	1 人	「死産」の場合 死産児数	人	「死産」の場合 妊娠経過期間	満 週	
	出産した医療機関	名称	〇〇 病院		所在地	〇〇市〇〇町〇-〇	

出産した者が家族の場合	被扶養者認定後6か月以内の出産ですか	1. はい ・ 2. いいえ		
	「はい」の場合、以前に加入して被保険者として登録する必要があります			被保険者に今回の出産による出産一時金の請求はしていませんか
	保険者名	年		求していない
	加入期間	年		2. 請求した

家族(被扶養者)が出産した場合のみご記入ください

振込先口座	金融機関名	信用金庫		支店名	支店
	預金種別	1. 普通 ・ 2. 当座		口座番号	
	フリガナ 口座名義				

医師・助産師の証明するところ	出産年月日	令和 年 月 日	出産・死産の別	出生・死産 (満 週)
			出生児の数	単胎・多胎 (児)
	上記のとおり相違ないこと 令和 年 月 日 医療施設の所 医療施設の名 医師・助産師の氏名	医師、助産師に証明をもらってください 市区町村長から証明をもらう場合は、当組合へ連絡をお願いします		

※添付書類チェック欄 <<添付忘れがないかチェックしてください>>

<input type="checkbox"/>	出産費用明細書(領収書)の写し 「産科医療補償制度加入機関」のスタンプが押印してあるもの
<input type="checkbox"/>	直接支払制度を利用しない合意文書の写し

受付印

組合使用欄	被保険者喪失年月日	平成 年 月 日
	被扶養者認定年月日	昭和 平成 令和 年 月 日