

令和 6 年 12 月 1 日提出

被保険者情報	被保険者等 記号・番号	記号 〇〇〇	番号 〇〇〇〇	社員番号 〇〇〇〇	所属及び 部署名 人事部
	個人番号(※) マイナンバー	※記号・番号がわからない場合のみ記入してください			
	被保険者 氏名 (自署)	フリガナ ケンポ ハナコ 健保花子		住所 電話番号 (日中の連絡先)	〒〇〇〇-〇〇〇〇 東京都〇〇区〇〇町1-2-3 代々木ウエスト〇〇〇号室 電話 〇〇 (〇〇〇〇) 〇〇〇〇
	生年月日	昭和 平成 6 年 12 月 20 日			

申請内容	出産した者	<input checked="" type="checkbox"/> 本人 (被保険者) <input type="checkbox"/> 家族 (被扶養者)				
	家族の場合は その方の氏名	生年月日	昭和 平成 年 月 日	被保険者 との続柄		
	出産した 年月日	令和 4 年 5 月 13 日	生産または 死産の別	<input checked="" type="checkbox"/> 生産 <input type="checkbox"/> 死産 <input type="checkbox"/> 生産・死産混在		
	生産の場合 出生児数	1 人	死産の場合 死産児数	人	死産の場合妊娠からの 週数及び日数	満 (週 日)
	出産した 医療機関等	(名称) 〇〇産婦人科病院	(所在地)	東京都〇〇区〇〇5-6-7		
	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ヶ月以内の出産ですか。		<input type="checkbox"/> はい <input checked="" type="checkbox"/> いいえ		
	「はい」の場合『被保険者名』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			
同一の出産について、上記保険者より出産育児一時金を		記号・番号				
		<input type="checkbox"/> 受けた/受ける予定 <input type="checkbox"/> 受けない				

振込先 指定口座	金融機関名称	三菱UFJ	銀行 信用金庫	渋谷明治通	本店 支店	支店番号	4 7 0
	預金種別	普通・当座	口座番号	1 2 3 4 5 6 7	名義人 (カタカナ)	ケンポ ハナコ	

医師・助産師記入欄	<p style="text-align: center;">医師又は助産師の証明を受けてください (出生証明書(写)又は母子手帳の該当ページ(写)添付で代用可)</p>
-----------	--

※医師・助産師による証明がない場合は、母子手帳の出生届出済証明(写)の添付にて代用可
《添付書類》 ①医療機関等との合意文書の写し(申請先の保険者が当組合である旨を記載したもの)
②医療機関等が発行する領収書の写し
(産科医療補償制度加入医療機関等においては証明するスタンプが押されたもの)

受付日付印

《海外で出産した場合の添付書類》
A) 医療機関または公的機関等で発行された出産の事実を証明するもの
B) 上記証明書の日本語訳(翻訳者の住所、氏名がしるがされているもの)