

被保険者氏名 **総務 太郎**

申請内容

① 出産した者	2 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 総務 花子	生年月日 <input type="checkbox"/> 昭和 <input checked="" type="checkbox"/> 平成 03 年 10 月 30 日
② 出産した年月日	平成 26 年 07 月 01 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 出生児数	1 人	③-② 「死産」の場合 死産児数 <input type="checkbox"/> 人
		③-②-(1) 「死産」の場合 妊娠経過期間 満 <input type="checkbox"/> 週
④ 出生児の氏名	総務 一郎	
⑤ 出産した医療機関等	名称 みなとみらい産婦人科病院	所在地 横浜市西区みなとみらい1-1-1
⑥ 出産した方	● 被保険者 → 退職後6か月以内の出産ですか。 <input checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ ● 家族 → 協会けんぽに加入後6か月以内の出産ですか。 <input checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 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。	保険者名
	● 被保険者 → 現在加入している保険者について ● 家族 → 協会けんぽ加入前に加入していた保険者について	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	<input type="checkbox"/> 1. 受けた/受ける予定 2. 受けない

医師又は市区町村に記入してもらいます

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	出生年月日	平成 <input type="checkbox"/> 年 <input type="checkbox"/> 月 <input type="checkbox"/> 日
	出生児の数 <input type="checkbox"/> 単胎 <input type="checkbox"/> 多胎 → (<input type="checkbox"/> 児)	生産または死産の別	<input type="checkbox"/> 生産 <input type="checkbox"/> 死産 → (妊娠 <input type="checkbox"/> 週)
市区町村長による証明の場合(生産のみ)	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	医療施設の名称	印
	平成 <input type="checkbox"/> 年 <input type="checkbox"/> 月 <input type="checkbox"/> 日	医師・助産師の氏名	
本籍	筆頭者氏名		
母の氏名	出生児氏名	出生年月日	平成 <input type="checkbox"/> 年 <input type="checkbox"/> 月 <input type="checkbox"/> 日
上記のとおり相違ないことを証明する。			印
平成 <input type="checkbox"/> 年 <input type="checkbox"/> 月 <input type="checkbox"/> 日	市区町村長名		

様式番号

6 2 1 2 1 2