



被保険者氏名

申請内容	①-1 出産者	<input type="checkbox"/> 1. 被保険者 <input type="checkbox"/> 2. 家族(被扶養者)
	①-2 出産者の氏名(カタカナ)	<input type="text"/>
	①-3 出産者の生年月日	<input type="checkbox"/> 1. 昭和 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日 <input type="checkbox"/> 2. 平成 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日 <input type="checkbox"/> 3. 令和 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日
	② 出産年月日	令和 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日
	③-1 出生児数	<input type="text"/> 人
	③-2 死産児数	<input type="text"/> 人
④	同一の出産について、健康保険組合や国民健康保険等から出産育児一時金を受給していますか。	<input type="checkbox"/> 1. 受給した <input type="checkbox"/> 2. 受給していない
⑤	出産費用の額 (領収・明細書の額)	<input type="text"/> 円

※医療機関等から交付されている領収・明細書に「出産年月日」および「出生児数」が記入されている場合、もしくは死産の場合で「死産年月日」および「妊娠週数」が記入されている場合は以下の証明は必要ありません。

医師・助産師による証明	出産者氏名(カタカナ)	<input type="text"/>		
	出産年月日	令和 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日		
	出生児数	<input type="text"/> 人	死産児数	<input type="text"/> 人
			死産の場合の妊娠日数	<input type="text"/> 日
	上記のとおり相違ないことを証明します。 医療施設の所在地	令和 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日		
	医療施設の名称			
	医師・助産師の氏名			
	電話番号			

市区町村長による証明(生産の場合のみ)	本籍			筆頭者氏名		
	母の氏名(カタカナ)	<input type="text"/>				
	母の氏名					
	出生児数	<input type="text"/> 人	出生年月日	令和 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日		
	出生児氏名					
	上記のとおり相違ないことを証明します。 市区町村長名			令和 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日		

6 2 1 2 1 2 0 3