





船員保険 被保険者 出産育児一時金 支給申請書  
家族

被保険者(申請者)・医師・市区町村長記入用

申請内容	⑧	出産した者 ※被保険者の場合⑦の記入は不要です。	氏名	生年月日		昭和 平成 令和	年 月 日
	⑨	出産した年月日	令和	年	月	日	
	⑩	出産または死産の別	生産 死産 生産・死産混在	「生産」の場合 出生児数	「死産」の場合 死産児数	「死産」の場合 妊娠からの週数及び日数	
				人	人	満 週 ( 日)	
	⑪	出産した医療機関等	名称		所在地		
⑫	被保険者が出産の場合 退職後6か月以内の出産ですか。  または  家族(被扶養者)が出産の場合 船員保険に加入後6か月以内の 出産ですか。	<input type="checkbox"/> はい 「はい」の場合は 「保険者名」と 「記号・番号」を ご記入ください。  <input type="checkbox"/> いいえ	保険者名	記号・番号	同一の出産について、 左記の保険者より 出産育児一時金を 受けましたか。  <input type="checkbox"/> 受けた/受ける予定 <input type="checkbox"/> 受けない		

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	出産年月日		令和 年 月 日
		出生児の数	単胎 多胎( 児)	生産または死産の別	生産 死産 → 満 週( 日)
		上記のとおり相違ないことを証明します。		令和 年 月 日	
		医療機関の所在地			
		医療機関の名称	医師・助産師の氏名	電話番号	( )
市区町村長による証明の場合 (生産のみ)	本籍	筆頭者氏名			
	母の氏名	出生年月日		令和 年 月 日	
	出生児氏名	出生児数		人	
	上記のとおり相違ないことを証明します。		令和 年 月 日		
	市区町村長名	印			