

被保険者氏名

記入方法については、「記入の手引き」を
ご確認ください。

申請内容

①-1
出産者☐1. 被保険者
2. 家族(被扶養者)① ①-2
出産者の氏名(カタカナ)

姓と名の間は1マス空けてご記入ください。濁点(・)、半濁点(゜)は1字としてご記入ください。

①-3
出産者の生年月日☐1. 昭和
2. 平成
3. 令和

年

月

日

② 出産年月日

令和

年

月

日

③ ③-1
出生児数

人

③-2
死産児数

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。

☐1. 受給した
2. 受給していない⑤ 出産費用の額
(領収・明細書の額)

※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)

姓と名の間は1マス空けてご記入ください。濁点(・)、半濁点(゜)は1字としてご記入ください。

出産年月日

令和

年

月

日

出生児数

人

死産児数

人

死産の場合の妊娠日数

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

年

月

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)

姓と名の間は1マス空けてご記入ください。濁点(・)、半濁点(゜)は1字としてご記入ください。

母の氏名

出生児数

人

出生年月日

令和

年

月

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

年

月

日

6 2 1 2 1 2 0 3