

※ 支 給 決 議 書	伺 年 月 日								常 務 理 事				係	
	支 払 額		拾	万	千	百	拾	円						
	決 定	拾 万 千 百 拾 円					資 格	得	・ ・		被 扶 養 者 照 合 印			
	付 加						喪	・ ・						
分 娩 の 日	平 成 年 月 日					備 考						法 第 57 条		

金 融 機関名	銀 行 信用金庫	本店 支店	給与振込 口座番号	普通	ふりがな	
					預 金 の 名 義 人	

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	①被保険者等の 記号 と 番号		—		②被保険者の 氏名				
	③被保険者の現住所		〒 TEL						
	④事業所の名称								
	⑤出産した年月日		令 年 月 日			⑥生産または 死 産 の 別		☐ 生産 ☐ 死産 ☐ 生産・死産混在	
	⑦家族の出産の 場合はその方の	(ア) 氏 名				(イ) 生年月日	昭・平・令 年 月 日生		
	⑧出産した方		☐ 被保険者→ 退職後6か月以内の出産ですか ☐ 被扶養者→ 当組合に加入後6か月以内の出産ですか					☐ はい ☐ いいえ	
			「⑧ - [はい]」の場合 被保険者は現在加入中の保険者* 被扶養者は当組合加入前の保険者 について			⑨保険者名			
						⑩記号・番号			
		同一の出産について⑨の保険者より出産育児一時金を ☐ 受けた/受ける予定 ☐ 受けない							
		*健康保険							

証明するところ 医師、助産師又は市区町村長（生産のみ）が	出生年月日 出生児数	令 年 月 日 ☐ 単胎・ ☐ 多胎（ 児）	生産又は死産の別 備 考	☐ 生産・ ☐ 死産（妊娠第 週）	
	上記のとおり相違ないことを証明する。 令和 年 月 日 医療施設の名称・所在地 医師・助産師名				
	出生本籍			筆頭者氏名	
	出生届出日	令 年 月 日	出生児氏名		出生年月日 令 年 月 日
	上記のとおり相違ないことを証明する。 令和 年 月 日 市区町村長名				印
被保険者等の記号番号に代えてマイナンバーにより申請する場合は、備考欄へ記載してください。 （マイナンバーを記載した場合は、個人番号確認、本人確認するための添付書類が必要です。）					
備 考					

受 付 印