

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

東京    花子

生年月日

平成   7   年   5   月   15   日

2 出産した年月日

令和   6   年   12   月   1   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」の場合出生人数

1

人

3 - ②

「死産」の場合死産児数

人

3 - ② - (1)

「死産」の場合妊娠経過期間

満

週

4 出産した医療機関等

名称

〇〇クリニック

所在地

〇〇県〇〇市〇〇    〇〇番地

5 出産した方

●被保険者 ➡ 退職後6ヶ月以内の出産ですか。

●家    族 ➡ 当組合に加入後6か月以内の出産ですか。

1

1. はい    2. いいえ

5 - ①

「はい」の場合、『保険者名』と『記号・番号』をご記入ください。

●被保険者 ➡ 現在加入している保険者について

●家    族 ➡ 当組合加入前に加入していた保険者について

保険者名

〇〇市国民健康保険

記号・番号

〇〇 - 〇〇〇

5 - ① - (1)

同一の出産について、5 - ①の保険者より出産育児一時金を

2

1. 受けた／受ける予定    2. 受けない

東京鐵鋼健康保險組合

