

確認欄 この申請書については、次の①又は②の要件を満たしたものです。

- ①申請者本人（被保険者）が作成したものです。
ただし、医師等の意見欄および市区町村長の証明欄は除きます。
②記載内容については誤りがないか申請者本人が確認しています。

令和 年 月 日 提出

①事業所名称				②被保険者証 記号 - 番号	-		
③被保険者氏名			④生年月日	昭和・平成 年 月 日	⑤年齢		歳
⑥被扶養者の出産の場合はその方の 氏名・生年月日・年齢・続柄		氏名				続柄	
		生年月日	昭和・平成 年 月 日	年齢		歳	
⑦出産した医療機関 等の名称及び住所	名称					⑧出生児氏名	
	住所						
⑨出産した年月日及び 生産死産の別	令和 年 月 日	生産・死産	⑩マル福 (公費)	該当・不該当・県外			

※医師又は市区町村長のいずれか記入して下さい。	⑪医師等の証明欄	出産者名	出産年月日	年 月 日	生産死産の別 (死産の場合は 週数と日数を記入して下さい。)	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。 年 月 日	出生児の数	単体・多胎 (児)		
		(医療機関等) 住所 名称 医師・助産師の氏名	(※) 医師(助産師)の捺印は省略できます。			
	⑫市区町村長の証明欄	本籍			筆頭者氏名	
		母の氏名	出生児氏名			生年月日
		上記のとおり相違ないことを証明します。 年 月 日	市区町村長名	⑬		

⑬給付金振込先	公金受取口座(マイナポータル)	<input type="checkbox"/> マイナポータル等で事前登録した公金受取口座を利用します。				※公金受取口座または健保組合登録口座のいずれかに☑して下さい。		
	健保組合登録口座	<input type="checkbox"/> 健保組合に登録している給付金受取口座を利用します。						
	受取代理人の欄	被保険者(申請者)	本申請に基づく給付金に関する受領を下記の代理人に委任します。 令和 年 月 日					
		受取代理人	(氏名)	(住所)				
			受取代理人 住所・電話 氏名					
金融機関名称及び預金種別				信連 農協 銀行	本店・支店	(普通・当座)		
口座番号	左づめでご記入下さい。							
(フリガナ) 名義人	(フリガナ)							

○被保険者のマイナンバー記入欄

受付印

(②の被保険者証記号番号を記入した場合は記入不要です。)