

扶養認定日	年 月 日
資格喪失日	年 月 日

直接支払制度をご利用された方はこの届出は不要です。

被 保 険 者 の 記 入 欄	① 被保険者証の 記号・番号	記号 番号	② 被保険者の (請求者) 氏名及び印	年 月 日生	印
	③ 被保険者 (請求者) の住所	〒 — — — — —			
	④ 事業所の名称 (退職者は以前の 事業所名)	会社名 Tel — — — — —	⑤ 携 帯 電 話	Tel — — — — —	
	⑥ 資格取得年月日	年 月 日	⑦ 出産者の氏名	年 月 日生	
	⑧ 出産年月日	年 月 日出産	⑨ 出生児が被保険者の 被扶養者で	あ る ・ な い	
	⑩ 出生児氏名	⑪ 続 柄			

⑫ 現在の保険証の名称 記号・番号(退職して 半年以内の人)	( Tel — — — — — )	市・区・町・村国民健康保険(組合) 健康保険組合・振興共済事業団 共済組合・協会けんぽ	記号 番号
⑬ (妻の)以前の保険証の 名称・記号・番号 (妻を扶養にいて半 年以内の人)	( Tel — — — — — )	市・区・町・村国民健康保険(組合) 健康保険組合・振興共済事業団 共済組合・協会けんぽ	記号 番号

⑭ 医師・ 助産師 又は 市区 町村 長の 証明 欄	⑭ 出産した年月日	年 月 日	生産又は死産の別	生産・死産(妊娠 カ月 週)
	出生児の数	単胎・多胎( 児 )	備 考	
	上記のとおり相違ないことを証明する。 医療施設の名称・所在地 医師・助産婦名 Tel ( ) — — — — —			
	本 籍	筆 頭 者 氏 名		
	出生届出日	年 月 日	出生児名 氏 名	出 生 年 月 日
上記のとおり相違ないことを証明する。 市区町村長名				年 月 日 印

※↓下記記入した通帳(表面)のコピーを添付して下さい

⑮ 支 払 金 融 機 関 の 欄	銀行 金庫	本店 支店	⑯ 受 取 代 理 人 の 欄	本請求にもとづく給付金に関する受領を代理人に委任します		
	種 類	1. 普通 2. 貯蓄 3. 当座		被 保 険 者 住 所	上段	
	口座番号			(請求者)氏名	印	
	フリガナ			被保険者からみた 代理人との続柄		
預金の 名義人			代 理 人 住 所	下段		
			(預金の名義人)氏名	印		

代理人の印は、違う印でお願いします。

備考欄	
-----	--

受 付 印