

平成 年 月 日決定				円		
本件、 支給して よろしい か。	理事長	常務理事	事務局長	事務局次長	課長	係

国民健康保険 出産育児一時金支給申請書

被保険者証 の記号番号	283093-	組合員 氏名	
出産をした被保険者	氏名		組合員 との続柄
	生年月日	昭和 年 月 日 平成	
出産年月日	平成 年 月 日		
死産のときは その旨および日数	(週と 日)		
該当するところに ✓を付けてください	<input type="checkbox"/> 以前加入していた保険には請求しません (分娩をした被保険者が社会保険への請求権がある場合) <input type="checkbox"/> 産科医療補償制度の対象 <input type="checkbox"/> 産科医療補償制度の対象外		
備考	新生児 の氏名		組合員 との続柄
申請時の添付書類	1. 「直接支払制度の合意文書」の写し、「出産費用の領収・明細書」の写し 2. 母子手帳の「出生届出済証明欄」の写し(生産の場合)		

上記のとおり、申請いたします。

平成 年 月 日

住所

組合員

氏名

印

兵庫県建設国民健康保険組合理事長殿

証 明 書	生産又は死産 に関する市町 村長、区長、 医師又は助産 師の証明	平成 年 月 日	単胎 生産 多胎(児) を 死産(週と 日) したことを 証明します。
		住所 氏名	印

経由組合又は 支部確認欄	組合名又は支部名	担当者	処理年月日