様式第14号

令和　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・平成　年　月　日		
出産年月日		平成・令和　年　月　日		
死産であるときはその旨および月数		（　月）		
該当するところに✓を付けてください	□ 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） □ 産科医療補償制度の対象 □ 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）	

上記のとおり、申請いたします。

令和　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・令和　年　月　日　男子／女子　を　生産／死産（　月／週）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