

様式第14号

令和	年	月	日	決定	円	
本 件、 よ ろ し 支 給 し て よ 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

被保険者証番号					組 合 員 枝 番・氏 名	01	
出 産 を し た 被 保 険 者	枝 番・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 所 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			

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 助産婦の証明	平成・令和 年 月 日 男子 女子 を 生産 (月) 死産 (週) したことを証明します。 住 所 氏 名	印
-------------	---	--	---

組 合 名 ・ 支 部 名	担 当 者	処 理 年 月 日
		令和 年 月 日