

様式第14号

令和	年	月	日	決定	円	
本件について、よろしく支給	理事長	常務理事	事務局長	事務局次長	課長	係

受付印

国民健康保険 出産育児一時金支給申請書

組合員記入欄	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		令和	年	月	日		
	出生児数		人	死産児数		人		
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 (出産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							
医療機関等の証明	出産年月日		令和	年	月	日		
	出生児数		人	死産児数		人	死産の場合の妊娠日数	日
	上記のとおり相違ないことを証明します。 令和 年 月 日 医療機関等の所在地及び名称 医師等の氏名 印							

上記のとおり申請いたします。

令和 年 月 日

兵庫県建設国民健康保険組合理事長 殿

住所

組合員

氏名

組合名・支部名	担当者	処理年月日
		令和 年 月 日