

決 定 伺	理事長	常務理事	事務局長	係	支部長

決定金額 (医療機関へ)
円

出産育児一時金支給申請書

被保険者証 記号・番号		岡 304			
出産者	氏名			生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日
	個人番号 (マイナンバー)				続柄
出生児	氏名			分娩年月日	令和 年 月 日
	続柄			<input type="checkbox"/> 建設国保 <input type="checkbox"/> 市町村国保 <input type="checkbox"/> 社保(扶養) <input type="checkbox"/> 社保(本人1年未満) <input type="checkbox"/> 社保(本人1年以上)→社保から給付	
申請金額	円		出産者が分娩日から6か月前に 加入していた健康保険		

医師又は助産師の証明欄 (死産・流産時)	分娩年月日	令和 年 月 日	正常分娩、 異常分娩の別	正常 ・ 異常	
	出生児の数	単胎 ・ 多胎 (児)	生産、死産の別	生産 ・ 死産 (妊娠 日)	
	入院期間	令和 年 月 日 から 令和 年 月 日 まで () 日間			
	上記のとおり相違ありません。 令和 年 月 日				
	所在地 病院名 担当 医師 氏名 助産師				

上記のとおり申請します。

住所

組合員

年 月 日

氏名

岡山県建設国民健康保険組合 殿

※個人番号
(マイナンバー)

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

※上記の出産者と同じ場合は、省略可

身元確認欄	① 確認者	<input type="checkbox"/> 支部 ()
	② 届出人	<input type="checkbox"/> 組合員 <input type="checkbox"/> 代理人 () ※代理人の場合は、委任状が必要
	③ 身元確認	<input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> その他 ()