

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

※死産・流産・人工妊娠中絶の場合は、出生児の記載は不要

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 氏名					

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	(							)