

決	理事長	常務理事	事務局長	係	支部長
定					
同					

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	ア〇〇〇〇													
出産者	氏名	建設 花子					生年月日	<input checked="" type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 60 年 6 月 1 日 <input type="checkbox"/> 令和							
	個人番号 (マイナンバー)	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	1	3	続柄	妻
出生児	氏名	建設 次郎					分娩年月日	令和 5 年 4 月 1 日							
	続柄	子					<input checked="" 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	出産者が分娩日から6か月前に 加入していた健康保険							
申請金額	500,000 円														

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。										
	<div style="border: 2px solid red; padding: 5px; display: inline-block;"> 記入不要 </div> 所在地 病院名 担当 医師 氏名 助産師 (印)										

上記のとおり申請します。

住所 岡山県岡山市北区駅元町23-12

組合員

必ず印鑑を押してください。

5 年 4 月 1 日

氏名 建芳 太郎



岡山県建設国民健康保険組合 殿

※個人番号
(マイナンバー)

1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	1	2
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

※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 ()