

国民健康保険出産育児一時金支給申請書

(注意事項)

- 1 所要事項は記入しきれないようになっている場合があります。また、誤記入等は二重線で抹消し、記入し直してください。
- 2 出生児の資格取得届も併せて提出してください。
- 3 死産・流産・人工妊娠中絶の場合、「出生児氏名」及び「組合員との続柄」の記入は不要です。
- 4 ②欄の証明に代えて他の証明により支給申請をするときは「添付証明」欄に該当する番号をマルで囲み、その証明を付けて提出してください。
- 5 「その他の確認書類」は、産科医療補償制度の対象の出産及び直接支払を利用していない出産であることが確認できる書類を提出してください。

分べんをした被保険者	被保険者記号番号	90-	1	3	9	2		2	0	7	0	(枝番)	0	2	
	氏名	中建 さくら													
	生年月日	平成10 年 2 月 1 日													
分べん年月日		令和6 年 8 月 27 日													
死産であるときはその旨および月数															
出生児氏名		中建 はな						組合員との続柄		子					
支給申請額		500,000 円		申請書提出年月日		令和6 年 9 月 6 日									
上記のとおり申請いたします。															
組合員(申請人)		住所 ○○県○○市○○○123-4													
		氏名 中建 健													
中央建設国民健康保険組合理事長 殿															
添付証明(②欄の証明に代えるとき)		①	2	3	4	その他の確認書類		⑤	6	⑦					
		住民票	出生証明書	戸籍抄本	母子手帳写			領収書写	明細書写	合文書写	意書				

②の医師・助産婦又は市区町村長が証明するところ	分べんした年月日	年 月 日		分べん備考
	生産または死産の別	生産	死産(妊娠か月)	
	上記のとおり相違ないことを証明します。			
職名	住所			
()	氏名 ⑩			
市区町村長が証明する場合のみ、押印が必要です。				

支給決定額							取扱者	
円								
本部受理							年 月 日	

支部長	取扱者	出張所長
支部受理		
年 月 日		

出産した方について○をつけてお答えください。

① 組合員(申請人)が記入するところ

② の医師・助産婦又は市区町村長が証明するところ

⑩ 市区町村長が証明する場合のみ、押印が必要です。

その期間は

一年未満 ↓ 中建支給

一年以上 ↓ その被用者保険より支給

その保険の資格は

① いた ↓ 中建支給

② いない ↓ 中建支給

その期間中は

一年未満 ↓ 中建支給

一年以上 ↓ その被用者保険より支給

その期間は

一年未満 ↓ 中建支給

一年以上 ↓ その被用者保険より支給