

支給					円

国民健康保険 出産育児一時金支給申請書

被保険者証の 記号・番号	建	組 合 員 氏 名			
分娩をした 被 保 険 者	氏 名				
	生 年 月 日	S・H・R	年 月 日	組 合 員 と の 続 柄	
分 娩 年 月 日	年 月 日				
死産であるときは その旨及び月数	(月)				
備 考	新生児 の氏名				組 合 員 と の 続 柄

※死産・流産・人工妊娠中絶の場合は、記載は不要です。

上記のとおり、申請します。

年 月 日

組 合 員 (申請者)

住 所

氏 名

長野県建設国民健康保険組合理事長 殿

証 明 欄	生産又は死産に関する市町村長区長、医師又は助産師の証明	<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 50%; text-align: center;"> 年 月 日 (分娩年月日) </td> <td style="width: 50%; vertical-align: top;"> 男子 生産 を したことを証明します。 女子 死産 </td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">住所</td> <td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">氏名</td> <td></td> </tr> </table>	年 月 日 (分娩年月日)	男子 生産 を したことを証明します。 女子 死産	住所		氏名	
年 月 日 (分娩年月日)	男子 生産 を したことを証明します。 女子 死産							
住所								
氏名								

※給付金は、あらかじめ届け出いただいた口座に振り込みます。

※長建国保では、今回の申請で組合員さんからお預かりした個人情報、個人情報保護法に基づいて適切に管理し、申請後の審査・支給に係る事項以外には使用しません。