

# 保険給付費出産育児一時金支給決定伺

平成 年 月 日

出産育児一時金	円	常務理事	事務局長	業務課長	係長	係員
被保険者証記号番号	87-	受給者氏名				続柄
組合員氏名		資格取得年月日		昭和 平成 年 月 日		
出産年月日	平成 年 月 日	備考				

(上は記入しないで下さい)

様式第36号

## 出産育児一時金支給申請書

※ 出育第 号

被保険者記号番号	87-	◎ 医師 (助産婦) の証明	左記のとおりであることを証明します。 平成 年 月 日  医療機関の名称 所在地 担当者 (印)  医師(助産婦)の証明がもらえないときは、住民登録票か母子手帳の写でも結構です。
子の氏名	(男・女) 続柄		
母の氏名			
母の被保険者資格取得年月日	年 月 日		
出生年月日	平成 年 月 日		
正常, 双生, 死産 (ヶ月)			

上記のとおり出産育児一時金を申請します。

### 〈御注意〉

- この申請書は、資格取得届とともにお出し下さい。
- この申請書に、費用明細書と合意文書を添付してください。
- 上段は記入しないでください。
- おわかりにならない点は支部事務担当者におたずねください。

平成 年 月 日

組合員住所

組合員氏名

(印)



本部受付印



支部受付印

全国左官タイル塗装業国民健康保険組合理事長殿