

決裁欄	事務局長	業務課長	係長	係	支給決定額
					出産育児一時金 円
					出産お祝い金 円

出産育児一時金（差額支給） ・ 出産お祝い金申請書

被 保 険 者 の 記 入 欄	被保険者証 記号・番号	92 - -	支給申請額	出産育児一時金 円
	母親の 氏名	氏名	組合員氏名	出産お祝い金 円
		生年 月日		昭和 平成 年 月 日
	出生児の 氏名	氏名	分娩年月日	平成 年 月 日
組合員と の続柄		※母親の資格 取得年月日	昭和 平成 年 月 日	
① ※ 全板国保に加入してから6ヶ月以内の出産の場合は全板国保に資格を取得する前に加入していた保険について下記にご記入ください。下記に記入した保険が協会けんぽ・共済組合・健保組合・船員保険の場合は②もご記入ください。			② ①に記入された保険者にこの給付金の申請について確認を行いますので、下記同意欄にご記入ください。	
			同意書	
保険者名			医療保険者 殿	
保険者の 電話番号			私は出産育児一時金の申請にあたり、左記医療保険者に出産育児一時金の申請について確認することに同意します。 平成 年 月 日 元被保険者 (出産された方) 印	
記号・番号				
(旧姓)				
加入期間				
年 月 日から 年 月 日まで				

【添付書類】

- ・ 直接支払を利用した方は、退院時に医療機関等から交付された出産費用の領収・明細書を添付してください。
- ・ 直接支払を利用しなかった方は、上記の領収・明細書と医療機関等から交付される合意文書を添付してください

【証明欄】

証 明 を 受 け る 欄	分娩の種類	正常・早産・死産	妊 娠	ヶ 月
	上記のとおり相違ないことを証明します。 平成 年 月 日 証明者(医師・助産婦又は市町村長) 住 所 氏 名 印			

この「証明を受ける欄」は母子手帳の写し・住民票・出産証明書で、これに替えることができます。

上記のとおり申請します。

平成 年 月 日

住 所
組 合 員
氏 名 印

全国板金業国民健康保険組合理事長 殿

本部使用欄

出産費用42万円超	出産費用42万円未満	直接支払利用外
-----------	------------	---------