

出産育児一時金申請書

記号・番号		組合員氏名	分娩年月日			
36 -			令和	年	月	日
出生関係 事項	生まれた子の名前	※ 死産・流産・人工妊娠中絶の場合は記載不要です。	続柄		性別	男 女
	母親の氏名		母親の資格取得日		年	月

※母親が建設連合国民健康保険の資格取得日から6ヶ月以内の出産の場合は必ず記入してください。

★母親の以前の保険（該当するものに○をしてください。）

①（ ）市町村国保加入 年 月 日 ～ 年 月 日

②社会保険に扶養として加入

③社会保険に本人として加入していた

（社会保険本人の加入期間） 年 月 日 ～ 年 月 日

④その他（ ）

母親が社会保険で本人として1年以上加入していた場合、資格喪失後6ヶ月以内の出産は出産育児一時金を社会保険へ申請することができます。

上記の通り申請します。

令和 年 月 日

組合員住所

組合員氏名

神奈川県建設連合国民健康保険組合 理事長 殿

証 明 欄	分娩年月日	令和 年 月 日	出産の状況	生産・死産 ヶ月(日)
	令和 年 月 日			
	上記の通り分娩の事実を証明いたします。			
	所在地			
医療機関名称				
担当医師・助産師名				

決 裁	常務理事	事務局長	支 部	支部長印	係 印	支 部 名	受 付 印
	決 定 年月日			給付課長	点 検	入 力	
	決 定 金額		本 部				