

受付	支部	国保組合

出産育児一時金支給申請書

東京土建国民健康保険組合理事長 殿

※太枠のなかは申請者が記入し、記入したところを訂正したときは、訂正印を押してください。

被保険者証 記号・番号	9 1 -		母の氏名			
子の氏名			母の資格 取得年月日	年 月 日		
出生年月日	平成 年 月 日		医師（助産師）の証明 <small>※住民票か母子手帳の写しがあれば医師の証明は必要ありません。</small> 下記のとおりであることを証明します。 平成 年 月 日 分娩日 年 月 日 妊娠週数 第 週（生産・死産） 医療機関 名称 所在地 担当医師 ㊟			
性 別	男 ・ 女	続柄				
分娩の状況	正常	多胎			死産	週

※母親が東京土建国保加入後6カ月以内に出産した時は、下の加入前の保険について記入してください。
 社会保険に本人として1年以上加入していた場合、資格喪失後6カ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。



東京土建国保に加入する以前の保険	国民健康保険	市・区 町・村	資格取得期間	年 月 日～ 年 月 日	
	社会保険 （健保組合・共済・ 全協（協会けんぽ）） の本人	会社名			
		社保の名称			
		記号・番号		加入していた時の氏名	
		資格取得期間	年 月 日～ 年 月 日		
	社会保険 （健保組合・共済・ 全協（協会けんぽ）） の扶養家族	社保の名称		記号 番号	
		社保本人の氏名		あなたとの 続柄	
資格取得期間		年 月 日～ 年 月 日			
無保険	年 月 日～ 年 月 日				
前保険からの支給	支給済・可（申請済・申請未）			不可	

上記のとおり申請します。支給される給付金は、先に届け出たゆうちょ銀行総合口座届により振込みください。

（申請上の注意）

- ・「産科医療補償制度加入機関」スタンプ印が押され、「直接支払制度を利用していない」旨の記入がある医療機関・助産所の『領収書』のコピーを添付してください。
 （「直接支払制度を利用していない」旨の記入がない場合は、「直接支払制度合意文書」のコピーも添付してください。）

		平成 年 月 日
組 合 員	住所	(〒 —) 電話 ()
	氏名	㊟

※組合員本人の死亡により、相続人または組合員の遺言により指定された方が申請する場合は2枚目へ

1、2枚目を合わせて「提出ください。」

※ 組合員本人が死亡し、法定相続人または組合員の遺言により指定された方が申請する場合

組合員死亡に伴い、私が申請した出産育児一時金の受取に関する責任は、相続人代表である私が負いますので、貴国民健康保険組合に対して一切ご迷惑をおかけしません。

東京土建国民健康保険組合理事長 殿		平成	年	月	日
相続人代表者 (受取人)	Ⓜ	被相続人 との関係			
住 所	(〒 —) 電話 ()				
振 込 先	口座名義				
	ゆうちょ銀行 口座記号・番号	—			
	銀行等 口座番号	銀行 農 協 信用金庫 漁 協 信用組合 労働金庫	支店		
	1. 普通 2. 当座 3. 貯蓄				

上記に記入・捺印の上、組合員との関係が分かる書類(戸籍謄本・遺言書の写し等)を添付してください。