

決 裁	理事長		副理事長		常務理事		事務長		係	
起 案 年 月 日	支給金額	¥			分娩者 資格取得	昭平令 年 月 日				
	分娩 年月日	平成 年 月 日			種 別	経・従 家	受 付 印			
	出生児 資格 取得届	済・未	理由 ・他保険加入 ・死産・流産							
	備考									

出 産 育 児 一 時 金 請 求 書

被保険者証の	記号	整 国	母 親 の				組 合 員	
	番号		氏 名	昭・平	年 月 日 生	続 柄	と の	
出 生 児 事 項	新 生 児 氏 名				続 柄	男 女	出 生 日	令 和 年 月 日
	分 娩 の 状 態 及 び 経 過	正常分娩(頭位・骨盤位・側頭位) 鉗子分娩・吸引分娩・帝王切開					死産・流産 (妊娠 週、第 月)	
証 明 欄	上記のとおり証明します。 令和 年 月 日							
		住所 (名称) (医師又は助産婦) 氏名			⑩			
		上記のとおり申請します。 令和 年 月 日			住所 〒 組合員 氏 名 電話番号 (※日中ご連絡の取れる番号でおねがいします。)			
		大阪府整容国民健康保険組合理事長 殿						

振 込 先	銀行 信用金庫 信用組合					種 別	普 通 ・ 当 座
	店					口 座 No.	
	ゆうちょ銀行の場合					名 義	フリガナ
	記号	1			0		
番号						1	

※母子手帳(出生届出済証明欄の写し)を提出していただければ、医師等の証明はいりません。