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 令和　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

被保険者の	記号	整　国	母親の氏名		組合員との続柄	
	番号		生年月日	昭・平　年　月　日生		

出生児事項	新生児氏名		続柄	男 女	出生年月日	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 (医師又は助産婦) (名称) ㊞ 氏名

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。