

※	常務理事	次長	課長補佐	係長	担当	※決定	平成	年	月	日
決						※得	平成	年	月	日
裁							平成	年	月	日

本部記入欄

※支給決定額	※支払機関からの費用請求額	※支払機関からの費用請求日
	円	平成 年 月 日

出産育児一時金(差額)支給申請書

・ ※欄は記入しないでください。
 ・ 医師又は助産師等の証明欄はこれを証明できる他の書類に替えてもよい。
 ・ 差額申請の場合は医師又は助産師等の証明欄の記入は不要です。

所属支部名

被保険者証号 記号・番号	88— 00 . 1111		
被保険者(母親) の氏名	職能 康子	組合員との 続柄	長女
出生児の氏名	職能 造	組合員との 続柄	孫
出産年月日	平成 28 年 2 月 1 日	出産・死産(月)	
異常分娩の為 入院した場合 はその傷病名			
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・助産師等)	住所	住民票(出生児の追加された もの)もしくは母子手帳長の字の添付 がある場合はこちらへの記入は 必要ありません。	
	職氏名		
上記のとおり申請します。	なお、上記出産育児一時金(差額)支給の受領を下記受任者		
	平成 28 年 2 月 5 日		
	住所	〒162-0843 東京都新宿区市谷田町2丁目26番地	
組合員	氏名	職能 太郎 押印を お願いします。	
----- 東京建設職能国民健康保険組合理事長 殿			

記

※ 受付日付印

受任者 (支部長)	支部記入欄
--------------	-------