

支 給 額	円	直接支払制度	有 ・ 無	産科医療 補償制度	加入 ・ 未加入	
出 産 日	令和 年 月 日				取 得 喪 失	年 月 日
区 分	組合員 ・ 家族				年 月 日	

全国建設工事業国民健康保険組合
出 産 育 児 一 時 金 請 求 書

様式業第11号

被 保 険 者 記 号 ・ 番 号										組 合 員 氏 名				
93-					-									

出 産 し た 被 保 険 者 氏 名					生 年 月 日	昭和 平成 令和	年	月	日
出 生 児 の 氏 名					組合員との 続 柄	出 産 年 月 日	令和	年	月 日

※ 証 明 を 受 け る 欄	出 産 年 月 日	令和 年 月 日	備 考	
	生産または死産の別	生 産 ・ 死 産		
	上記のとおり証明します。 令和 年 月 日 証明者（医師・助産師・市区町村長） 住 所 名 称 氏 名 印			

上記のとおり請求します。なお、支給される給付金は下記の口座に振込みください。 令和 年 月 日 全国建設工事業国民健康保険組合 理事長 殿									
（組合員） 請求者	住所 電話	(〒 -) 電話 ()							
	氏名	(ふりがな)			組 合 員 と 請 求 者 の 続 柄		1. 組合員本人 2. 組合員本人以外 () ※ 2. は組合員死亡時のみ		
振 込 先 金融機関	金 融 機 関 コ ー ド				支 店 コ ー ド				
	銀 行 農 協 信用金庫 漁 協 信用組合 労働金庫 本 店 支 店 出張所								
	預金種別	1. 普 通 2. 当 座 3. 貯 蓄			口座番号 ※右詰め				
	口 座 名 義 人		(カタカナで記入)						

○組合員本人が死亡した場合のみ、法定相続人が上記に記入の上、組合員との関係がわかる書類（戸籍謄本等）を添付してください。
○口座名義人は、必ず請求者（組合員）氏名と同一のものを記入してください。
※「〇〇ケンセツ」「〇〇クミアイ」等、事業所名義や団体名義等への口座振込みはできません。

★ジェネリック医薬品で薬代を節約

新薬と同等の品質で安価なジェネリック医薬品。
切り替えの意思表示シールをお薬手帳等に
貼ってこの薬に切り替えて節約しましょう。

受 付 年 月 日	本部	支部	出張所