様式第9

|  |
| --- |
| 出産育児一時金申請書 |
| 　 | 被保険者証の記号番号 | 　 | 世帯主氏名 | 　 | 　 |
| 分娩年月日 | 　　　　　年　　　月　　　日 |
| 出生児の氏名 | 　 | 性別 | 男・女 | 世帯主との続柄 | 　 |
| 分娩者の氏名 | 　 |
| 分娩の種類 | 正常、早産(妊娠　ケ月)、流産(人工流産を含む)、死産 |
| 上記のとおり申請いたします。　　　　　　　年　　月　　日 |
| 被保険者(世帯主) | 住所氏名　　　　　　　　㊞ |
| 小野町長　　　　殿 |
| 証明欄 |
| 上記のとおり分娩したことを証明します。　　　　　　　年　　月　　日 |
| 　 | 医師又は助産婦 | 住所氏名　　　　　　　　㊞ |
| 備考出生届などにより分娩することが確認できる場合には、医師などの証明は必要ありません。 |

(B5)