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)