出産育児一時金申請にかかる誓約書

（あて先）八尾市長　　令和　　年　　月　　日

出生児の母親である下記対象者が、

□ 八尾市国民健康保険の取得日から６ヵ月以内の出産であるため

□ 日本国外での出産であるため

出産育児一時金の給付を他の保険者に申請しないことを誓約します。
また、他の保険者へ給付の有無等について問い合わせされても異議はありません。

→ 八尾市国民健康保険の資格取得日から６ヵ月以内の出産の場合のみ記入

□ 社会保険被保険者（本人）であった期間がある
［健康保険の加入状況］
期間 ： 平成・令和　年　月　日 ～ 平成・令和　年　月　日
会社名 ：
連絡先 ：
健康保険 ： 記号）　番号）
保険者）

□ 社会保険被保険者（本人）がない
［加入していた保険］
期間 ： 平成・令和　年　月　日 ～ 平成・令和　年　月　日
健康保険 ： 記号）　番号）
保険者）　（本人・扶養）
［その他］
（　　）

対象者	氏名	（昭和・平成　年　月　日 生まれ）
誓約者 （世帯主）	住所	八尾市
	氏名	㊞
	個人番号	
	連絡先	－　－