

出産育児一時金支給申請書

被保険者証の 記号番号		60-		分娩年月日	令和 年 月 日		
分娩した 被保険者	郵便番号	〒 -		分娩の種類	正常・早産(妊娠 月)・死産		
	住所				(フリガナ)		
	氏名			出生児の氏名			
	個人番号						
	生年月日	昭和・平成・令和 年 月 日		組合員又は 准組合員との続柄		性別	男・女
交付申請額		金 円					
振込先 (申請者の口座)	銀行・信金 信組・農協				本店 支店 出張所		
	種別	1. 普通預金 2. 当座預金 3. 貯蓄預金		口座番号			
	名義	(フリガナ)					

上記のとおり、出産育児一時金の支給を申請いたします。

令和 年 月 日
申請者(組合員又は准組合員) 住所 (〒 -) 氏名 ㊞ 個人番号 <input type="text"/>

島根県医師国民健康保険組合理事長 様

[医師又は助産師の証明]

上記の者が出産したことを証明します。

令和 年 月 日 分娩医療機関名
医師等の氏名 ㊞

産科医療補償制度加入機関のスタンプを押してください。

--