

出産育児一時金支給申請書

被保険者の 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									
	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 印 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

印

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。