

支給金額	円
------	---

決定 伺	常務理事	事務局長	係

* 印の欄をすべてご記入ください

出産育児一時金支給申請書

下記のとおり申請します。

* 令和 年 月 日

中四国薬剤師国民健康保険組合 理事長 殿

現保険者等の記号・番号	岡303	—	—	()
-------------	------	---	---	-----

被保険者住所*	〒	—
被保険者氏名*		
電話番号*	—	—
被保険者(分娩者)氏名*		
分娩年月日*	令和	年 月 日
申請金額*		円

※申請には以下の書類が必要です。揃いましたらチェックを入れてください。

- * 医療機関等から交付される出産費用の領収書の写しまたは 出産(分娩)費明細書の写し
 母子手帳の中の出生届出済証明ページの写し(分娩者と子の氏名が記載ページも必要)
または 医師・助産師の証明または市区町村の証明の写し

この支払金は下記の預金口座へ振り込み願います。

※振込口座はお間違えのないよう楷書で、漏れのないようご記入ください。

(右詰めで記入)

* 銀行 店 信用金庫 支店 信用組合 出張所 農業協同組合 支所	預金種目*	口座番号*							
	1. 普通	フリガナ*							
	2. 当座	名義人*							

ご希望される□にチェックを入れてください。

- * 出産お祝い金の振り込みを同口座へ 希望する 希望しない

※同口座へ希望されない場合は、本部へご連絡ください。
「出産お祝い金振込口座記入書」を別途送付いたします。

振込日	
-----	--