

常務理事			事務長	係
庶務	会計	業務		

国民健康保険出産育児一時金支給申請書

支給決定額	円
-------	---

被保険者証 記号・番号	記号	番号	出産年月日	令和	年	月	日
出産した 被保険者氏名				組合員 との続柄			
振込希望 金融機関	1. 銀行 (銀行 支店) 2. 長崎県医師信用組合			ふりがな 口座名義 (組合員名義)			
預金種目	1. 普通 2. 当座 3. 貯蓄	口座番号					

上記のとおり申請します。

令和 年 月 日

〒

住 所

組合員 氏 名

印

長崎県医師国民健康保険組合理事長 殿

医師・助産師または区市町村長の証明	出産年月日	令和	年	月	日	生産または死産の別	生産・死産 (妊娠 週 日)
	出産した被保険者氏名				生産児または死産児の数	単胎・多胎 (児)	
	上記のとおり相違ないことを証明します。						
	令和 年 月 日						
	医療機関所在地 医師・助産師名						
本 籍					筆頭者		
出生年月日	令和	年	月	日	出生児氏名		
届出年月日	令和	年	月	日			
上記のとおり相違ないことを証明します。							
令和 年 月 日							
区市町村長名							
印							