

理事長	常務理事	事務長	係

出産育児一時金額	¥ 420,000-
出産費用決定額	¥
被保険者差額支給決定額	¥
分 娩 日	平成 年 月 日
支 給 年 月 日	平成 年 月 日

※地区

出産育児一時金支給申請書(差額支給分)										
被保険者証記号番号		記号		番号					-	
出生児の 関係事項	フリガナ					被保険者資格の有無				
	出産者の氏名					有 ・ 無				
	フリガナ					性別	組合員との続柄			
	出生児の氏名					男 ・ 女				
	出産年月日	平成 年 月 日				出産児数	死産児数			
死産のときは その旨					妊 娠 経過期間	ヶ月 週				
差 額 分 の 振 込 先		銀行 金庫			支店					
		1. 普通	口座番号		No.					
		2. その他 ()	フリガナ							
				口座名義						
<p>上記の通り申請します。</p> <p>平成 年 月 日</p> <p>住 所 (〒 -)</p> <p>-----</p> <p>組合員本人 -----</p> <p>氏 名 (印)</p> <p>-----</p> <p>連絡先電話番号 - -</p> <p>-----</p> <p>埼玉県薬剤師国民健康保険組合理事長 殿</p>										

1 申請にあたっては、「出産育児一時金等代理申請・受取請求書」の写し、または医療機関が発行する「明細書(領収書)」の写しを必ず添付してください。

2 出生児を組合へ加入させる時は「資格取得届」も一緒に提出してください。

3 出生児を他の保険に加入させる時は、その「保険証」の写しを添えてください。