

決	理事長	副理事長	常務理事	理事	理事	理事	理事
裁							

(給付様式第3号)

事務長	主査	係

伺 い	支給決定額
	¥
	本人・家族

出産育児一時金支給申請書

※地区

被保険者証の記号・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				
	母親の氏名				有 ・ 無				
	フリガナ				性別	組合員との続柄			
	出生児の氏名				男・女				
	分べん年月日	平成	年	月	日	<table border="1"> <tr> <td>出産児数</td> <td>死産児数</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> </tr> </table>	出産児数	死産児数	
出産児数	死産児数								
	死産のときは その旨				妊 娠	ヶ月			
					経過期間	週			
振 込 先	銀行 信用金庫								
	支店								
	預金種別	普通・当座	口座番号						
	フリガナ								
	名義人								
証明する ところ	医療機関の名称 所在地								
	医師・助産婦名		印						

(注) 1、この申請書は資格取得届と一緒に提出してください。
2、出生児を他の保険に入れる場合はその保険証のコピーを添えてください。
3、医師又は助産婦が証明するところに記入できない場合は世帯全員の住民票を添えてください。
4、※印の欄は記入しないで下さい。

上記のとおり申請します。

平成 年 月 日

〒

申請人(組合員) 住所

氏名 印

電話

埼玉県薬剤師国民健康保険組合理事長 様