

理事長	常務理事	事務局長	担当者

支給金額	
------	--

出産育児一時金支給申請書

被保険者証の番号			
お産した者の氏名		資格区分	1. 組合員
			2. 組合員家族
新生児氏名			3. 准組合員
			4. 准組合員家族
		続柄	
分娩年月日			
死産のときはその旨	(妊娠 週)		
分娩証明 (担当医師又は助産婦)	年 月 日 男・女児を分娩したることを証明します。 住所 氏名 ㊟		

支給金の振込先	銀行	支店 普・当 No.
	(フリガナ) 名義	

上記のとおり申請します。

年 月 日

(准) 組合員住所 〒

氏 名 ㊟

TEL

兵庫県医師国民健康保険組合理事長 殿