

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			
出産した者の 氏名	資格 区分	組合員	准組合員
		組合員家族	准組合員家族
新生児氏名	(准)組合員との続柄		
出産年月日	※資格喪失後の出産は当組合では支給対象外です。		
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			
受領委任状 ((准)組合員本人と振込先口座名義人が異なる場合は記入してください。) この給付の受領を、 (口座名義人住所) <input type="checkbox"/> (准)組合員と同じ (口座名義人氏名) 住所_____ 氏名_____に委任します。 申請者 ((准)組合員氏名) _____ ㊟			
組合に加入後6か月以内の出産ですか	はい いいえ		
「はい」の場合は組合に加入前の加入 していた保険者について	保険者名		
	記号・番号		
同一の出産について上記の保険者から 出産育児一時金を受けた	<input type="checkbox"/> 受けたまたは受ける予定 <input type="checkbox"/> 受けていない		
上記のとおり申請します。 年 月 日 住 所 〒 (准)組合員 氏 名 ㊟ TEL			
兵庫県医師国民健康保険組合理事長 殿			

※「新生児氏名」については、死産・流産・人工妊娠中絶の場合は、記載は不要です。