

支給金額	円
------	---

決定伺	理事長	常務理事	事務局長	係

## 出産育児一時金支給申請書

被保険者証 記号番号	岡 3 0 3 -	被保険者 (分娩者) 氏 名	フリガナ
出生児の氏名	フリガナ	分娩年月日	平成 年 月 日
申請金額	円	備考	

※申請には以下の書類が必要です。

- ・ 医療機関等から交付される出産費用の領収書と出産(分娩)費明細書の写し
- ・ 医師・助産師の証明または市区町村の証明の写し

上記のとおり申請いたします。

平成 年 月 日

〒

世帯主(組合員) 住所

電 話 番 号

氏 名

印

中四国薬剤師国民健康保険組合 理事長

殿

この支払金は下記の預金口座へ振り込み願います。

銀 行

店  
支店

1. 普通 口座番号

信用金庫

出張所

2. 当座 フリガナ

農 協

支所

3. 名義人

印

預金種目

---



---



---