

支給金額	円
------	---

決定伺	常務理事	事務局長	係

出産育児一時金支給申請書

下記のとおり申請します。

令和 年 月 日

中四国薬剤師国民健康保険組合 理事長 殿

被保険者証番号	岡303 — —
被保険者住所	〒 —
被保険者氏名	
電話番号	— —
被保険者(分娩者)氏名	
分娩年月日	令和 年 月 日
申請金額	円

※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または出産(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
(母子手帳の中の出生届出済証明ページ(子の保護者欄も必要)の写しでも可)

この支払金は下記の預金口座へ振り込み願います。

公金受取口座を利用する (利用する者は口座情報の記入不要)

公金受取口座を登録していない方は、マイナポータルから簡単に登録いただけます。
通帳等の写しの提出が不要になります。

振込口座を指定する

(右詰めで記入)

銀行 信用金庫 農協	店 支店 出張所	預金 種目	1. 普通	口座番号											
			2. 当座	フリガナ											
				名義人											

※振込口座はお間違えのないよう楷書でご記入ください。

振込日	
-----	--