

# 出産育児一時金支給申請書

分娩された方の個人番号										個人番号		組合員個人番号									
被保険者証記号・番号										組合員住所		〒 -									
3 1 -																					
被保険者氏名（分娩された方）										組合員氏名		⑩									
資格取得年月日 昭和 平成 年 月 日																					
医師国保加入前の保険										<input type="checkbox"/> 社保本人 <input type="checkbox"/> 社保家族 <input type="checkbox"/> 国保 <input type="checkbox"/> 無保険											
出生児の氏名					続柄		出産した年月日					妊娠経過期間									
フリガナ							平成 年 月 日					週									
							出生児数		死産児数		分娩の種類										
					男・女		人		人		<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 異常										
出産した医療機関等										直接支払制度の有無											
名称										<input type="checkbox"/> 利用無 <input type="checkbox"/> 利用有											
所在地										電話		- -									

振込希望口座	銀行 信用金庫 信用組合 農業協同組合 漁業協同組合 金融機関コード ( )										支店		預金種別		1. 普通 2. 当座 3. その他 ( )				
											本店		口座番号						
フリガナ										支店コード ( )		出張所							
口座名義																			

金額		¥		+		万			千			百			十			-			円
----	--	---	--	---	--	---	--	--	---	--	--	---	--	--	---	--	--	---	--	--	---

決裁	常務理事	事務長	次長	課長	係長・主任	係	受付
平成 年 月 日 決定							

受付日付印