

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		◎									
資格取得年月日 平成 年 月 日																					
医師国保加入前の保険										電話		- -									
<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							令和 年 月 日			週											
							出生児数		死産児数		分娩の種類										
					男・女				<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					支店					預金種別		1. 普通						
	信用金庫					本店					口座番号		2. 当座						
信用組合					出張所					3. その他 ()									
金融機関コード ()					支店コード ()														
口座名義		フリガナ																	

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
令和 年 月 日 決定							

受付日付印