

決裁	常務理事	事務長	課長	係
	令和 年 月 日			

処理欄	受付印	資格取得年月日	支給額	給付記録	電算入力
		年 月 日	円		
		資格喪失年月日	支給年月日		
		年 月 日	年 月 日		

国民健康保険出産育児一時金支給申請書

(注意事項)

○太枠の部分すべて記入の上、医師または助産師の証明を受けて下さい。
※振込先は組合員名義の口座をご指定下さい。

被保険者証 記号・番号	記号		番号		組合員名 組氏					
	福医									
個人番号					出産した年月日	平成	年	月	日	令和
出産した 被保険者氏名					組合員との 続柄					
出生児の氏名					組合員との 出生児との 続柄					
※振込先	銀行名		支店名	預金種別	口座番号		口座名義			
	銀行 信用金庫		本店 支店	① 普通 ② 当座 ③ 貯蓄			ﾌﾘｶﾞﾈ			
<p>上記のとおり申請します。</p> <p>令和 年 月 日</p> <p style="text-align: right;">〒 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> TEL () -</p> <p style="text-align: right;">住所</p> <p style="text-align: right;">組合員 氏名</p> <p style="text-align: right;">福岡県医師国民健康保険組合理事長 殿 印</p>										

医師または助産師の証明書	出産した 年 月 日	平成	年	月	日	生産または 死産の別	生産・死産(妊娠 カ月 週)	
	出生児の数	単胎・多胎 (児)				備考		
	<p>上記のとおり出産したことを証明します。</p> <p style="text-align: center;">令和 年 月 日</p> <p>医療施設の名称・所在地 〒</p> <p style="text-align: right;">医師・助産師名 印 TEL () -</p>							