

決裁	常務理事	事務長	課長	係
平成 年 月 日				

処理欄	受付印	資格取得年月日 年 月 日	支給額 円	給付記録	電算入力
		資格喪失年月日 年 月 日	支給年月日 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、医師または助産婦の証明を受けて下さい。  
○振込先は組合員名義の口座を指定下さい。

被保険者証 記号・番号	記号 福医 03	番号 1234000	組合員名 組氏 国保 太郎		
個人番号	2345XXXXXX	出生した年月日	平成 ○○年 ○○月 ○○日		
出生した被保険者氏名	国保 花子	組合員との続柄	妻		
出生児の氏名	国保 一郎	組合員との出生児との続柄	子		
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	○○○	別当 国保 太郎
上記のとおり申請します。					
平成○○年○○月○○日					
〒 812-0016 TEL (092) 431-1987					
住所 福岡市博多区博多駅南2丁目9番30号					
組合員 氏名 国保 太郎					
福岡県医師国民健康保険組合理事長 殿					

医師または助産婦の証明書	出生した年月日	平成 ○○年 ○○月 ○○日	生産または死産の別	生産・死産(妊娠 月週)
	出生児の数	単胎・多胎(児)	備考	
上記のとおり出生したことを証明します。				
平成 ○○年 ○○月 ○○日				
医療施設の名称・所在地 〒 ○○○-○○○ 福岡市○○区○○○ ○○産婦人科クリニック				
医師・助産婦名 ○○ ○○				