

出

国民健康保険 出産育児一時金支給申請書

1. 組合員の記入欄

被保険者証記号番号	医 師 組		
個人番号			
分娩者氏名	フリガナ		
出生者氏名	フリガナ		
出生年月日	年	月	日
※死産のときは死産児の性別及び妊娠月数（又は週数） 出生者氏名・生年月日欄の記入は不要です。	男・女	妊娠第	カ月
	不詳	満 週	日

出 生 証 明 欄	上記の通り証明します。		
	年	月	日
	担当医師又は助産師		
	住 所		
	氏 名	(印)	

上記の通り申請します。 令和 年 月 日

〒

(世帯主) 住 所

氏 名

(印)

個人番号

--

徳島県医師国民健康保険組合理事長 殿

下記の預金口座へ振込を依頼します。

フリガナ			
口座名義人			
金融機関名	銀行	支店	
種別・口座番号	普通 ・当座		

※産科医療補償制度加入の医療機関にて出産された方は、領収書のコピーを添付下さい。出産育児一時金が50万円となります。

※分娩機関で直接支払制度利用の契約をされた方は支給申請書提出の必要はありません。