

事務局使用欄

支給額	¥	令和	年	月	日
-----	---	----	---	---	---

出産育児一時金支給申請書（組合員世帯用）

被保険者	記号		番号				
出産者の氏名 及び生年月日		昭和	年	月	日	組合員との 続柄	
出産の年月日	令和	年	月	日	分娩の種類	生産・死産（妊娠週）	
振込先	<input type="checkbox"/> 公金受取口座を利用する（利用する場合は口座情報の記入不要）公金受取口座を利用する場合は、事前にマイナポータル等から口座登録が必要です。						
	<input type="checkbox"/> 振込口座を指定する						
	口座名義人	フリガナ		預金種別	口座番号		
				普通・当座			
		銀行 信用金庫 信用組合	金融機関コード		支店 出張所	支店コード	
(申請者である組合員と口座名義人が異なる場合は署名してください。) 上記名義人への支給を了承します。 組合員氏名 ⑩ (自署の場合は押印省略可)							
<p>上記のとおり申請します。 令和 年 月 日</p> <p>住所 組合員氏名 (医師) TEL.</p> <p>埼玉県医師国民健康保険組合理事長 様</p>							

※直接支払制度または受取代理制度を利用しない場合のみ下記の証明を受けてください。

分娩介助の	上記のとおり相違ないことを証明する。 令和 年 月 日
医師助産師	医療施設等の所在地 名称
証明	医師 助産師名
備考	

(注意事項)

- 出産費用のわかる領収書のコピーを添付してください。
- 出産の翌日から起算して2年を過ぎると申請する権利が消滅します。