

承認 決議 欄	理事長	副理事長 兼 常任理事	理 事	事務長	課 長	係 長	担 当

## 国民健康保険出産育児一時金支給申請書

被 保 険 者 証 記 号 ・ 番 号	— —	出 産 し た 被 保 険 者 氏 名	
出 産 児 の 氏 名		組 合 員 と の 続 柄	
出 産 年 月 日	平成 年 月 日	午前・午後	時 分
出 産 の 場 所			
出 産 の 種 類 (○で囲むこと)	正 常 ・ 早 産 ( 箇月 ) ・ 流 産 ( 箇月 ) ・ 死 産		
申 請 金 額	404,000円		
	※産科医療補償制度に加入する医療機関等において出産した場合は 420,000円		
出 産 に 立 会 っ た 医 師 又 は 助 産 婦 の 証 明	上記のとおり出産したことを証明します。  医 師 又 は 助 産 師 平成 年 月 日  住 所  氏 名 ⑩		
振 込 希 望 銀 行	銀 行	本店 支店	口座番号
	信用金庫 信用組合		普通・当座
(フリガナ) 口 座 名 義			

上記のとおり申請します。

※産科医療補償制度に加入する医療機関等において出産した場合は所定のスタンプ印を受けた請求書または領収書のコピーを添付して下さい。

平成 年 月 日

(〒 — )

住 所

第 1 種 組 合 員 連 絡 先 電 話 番 号 — —

氏 名 ⑩

岩手県医師国民健康保険組合 理事長 様