

出産育児一時金支給申請書・請求書

| | | | |
|-------------|-----------------|-----------------|-----|
| 被保険者証の記号・番号 | 奈組1. | | |
| 出産者氏名 | | | |
| 分娩年月日 | 令和 | 年 | 月 日 |
| 生産・死産の別 | 生産 (妊娠第 週、第 ヶ月) | 死産 (妊娠第 週、第 ヶ月) | |
| フリガナ | | | |
| 新生児氏名 | | 続柄 | |
| 分娩された医療機関 | 住所 | | |
| | 名称 | | |
| | 医師の氏名 | | |

上記のとおり 出産証明書又は母子手帳の写し(1頁と14頁)及び領収書を添えて申請します。

| | | | |
|-----|--------|------|----|
| 振込先 | 銀行 | | 支店 |
| | 普通・当座 | 口座番号 | |
| | <フリガナ> | | |
| | 口座名義 | | |

令和 年 月 日

第 種組合員 住所 _____

氏名 _____ (印)

勤務先 _____

奈良県歯科医師国民健康保険組合 理事長 殿

| | | | |
|------|--|-------|--|
| 受付番号 | | 支給年月日 | |
|------|--|-------|--|

| | | |
|-----|----|----|
| 事務長 | 次長 | 係員 |
| | | |