

理事長	副理事長	専務理事	常務理事	事務長	課長	係長	係員

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			続柄
新生児氏名			
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	
------	--	-------	--