

国民健康保険 出産育児一時金支給申請書

出産をした 被保険者	氏名 フリガナ	記号番号
	個人番号（マイナンバー）	
		新医

出 産 の 年 月 日	令和 年 月 日
単 胎 ・ 多 胎 の 別	単 胎 ・ 多 胎 (児)
生 産 ・ 死 産 の 別	生 産 ・ 死 産 (妊 娠 週)

担当医師又は助産師の証明

上記のとおり相違ない。					施 設 名
令和	年	月	日	住 氏	所 名

振込先	銀行・信金		本店
	信組・農協		支店
	普通	フリガナ	
当座	No.	口座名義	

新潟県医師国民健康保険組合理事長 様

上記のとおり申請します。 令和 年 月 日

申請者氏名 (第１・２種組合員)	
住　所	医院・自宅 ※いずれかに○ 〒 TEL

加入年月日	
支給決定額	円

常務理事	事務長	課長	担当	受付	登録

備考