

国民健康保険 出産育児一時金支給申請書

[illegible]

出産の年月日	令和 〇 年 〇 月 〇 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。

令和 ○ 年 ○ 月 ○ 日

施設名 ○○病院
住所 新潟市○○○○
氏名 ○ ○ ○ ○

振込先	〇〇	銀行・信金	〇〇	本店
		信組・農協		支店
	普通	フリガナ	イシ イチロウ	
	当座 No. 1 2 3 4 5 6 7	口座名義	医 師 一 郎	

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)	医 師 一 郎
住 所	医院・自宅 ※いずれかに○ 〒 000-0000 新潟市中央区医学町通二番町13番地 国保クリニック TEL 000-000-0000

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