

国民健康保険 出産育児一時金支給申請書（受取代理用）

出 産 を す る 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	

出産予定日	令和 年 月 日
出産予定数	単 胎 ・ 多 胎 （ 児 ）
出産に関する費用 が、給付額未満の 場合の差額振込先	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

出産に関する費用の受取代理先

施 設 名			
住 所			
担 当 者 氏 名		電話番号	

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		
支給額	医療機関	円
	被保険者	円
	計	円

常務理事	事務長	課長	担当
受付	登録	備考	