

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）	
	カンゴ ヨシコ	
	看護 良子	
	新医	〇〇〇〇〇〇〇〇（〇〇）
〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇		

出産予定日	令和 〇 年 〇 月 〇 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 〇〇 本店 信組・農協 〇〇 支店
	普通 当座 No. 7 6 5 4 3 2 1 フリガナ カンゴ ヨシコ 口座名義 看護 良子

出産に関する費用の受取代理先

施設名	〇〇病院		
住所	新潟市〇〇〇〇		
担当者氏名	〇 〇 〇 〇	電話番号	000-000-0000

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 〇 年 〇 月 〇 日

申請者氏名 （第1・2種組合員）	看護 良子		
住所	医院・自宅 ※いずれかに〇 〒 000-0000 新潟市〇〇〇〇 TEL 000-000-0000		

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	