

国民健康保険 出産育児一時金支給申請書（差額支給用）

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）
振 込 先	銀行・信金 信組・農協
	本店 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

出産育児一時金	円
直接支払済額	円
支給決定額	円

常務理事	事務長	課長	担当	受付	登録

備考