

国民健康保険 出産育児一時金支給申請書（差額支給用）

[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)
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 カンゴ ヨシコ 当座 No. 7 6 5 4 3 2 1 口座名義 看 護 良 子

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)	看護良子
住 所	医院・ <u>自宅</u> ※いずれかに○ 〒000-0000 新潟市0000 TEL 000-000-0000

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