

決 済	理事長	常務理事	事務長

出産育児一時金 支給申請書

被保険者証 記号番号			
出産時 関係事項	分娩年月日	令和	年 月 日
	生まれた子の名 及び続柄	名前	続柄 男・女
	母の氏名	氏名	被保険者の資格 有・無
	分娩の種類	正常	早産 (月) 産

上記のとおり申請します

令和 年 月 日

組合員住所：

氏 名：



三岐薬剤師国民健康保険組合 理事長 殿

証 明 書

上記のとおり分娩の事実を証明します

令和 年 月 日

医師・助産婦：

氏 名：



(医師・助産婦いずれでも可)

※出生証明書の写しを添付いただいた場合は当欄の省略可

ご希望振込銀行名 <div style="text-align: center;">銀行 支店</div> 種 別 (普通・当座) 名 義 _____ 口座番号 _____	処 理 欄	移動整理簿	被保台帳	被保険者証	受付印