

決裁	常務理事	事務長	課長	係
	平成 年 月 日			

処理欄	受付印	資格取得年月日	支給額	給付記録	電算入力
		年 月 日	円		
		資格喪失年月日	支給年月日		
		年 月 日	年 月 日		

国民健康保険出産育児一時金支給申請書

(注意事項)

○太枠の部分すべて記入の上、医師または助産婦の証明を受けて下さい。
○振込先は組合員名義の口座をご指定下さい。

被保険者証 記号・番号	記号	番号	組合員名 組氏		
	福医				
個人番号			出産した年月日	平成	年 月 日
出産した被保険者氏名			組合員との続柄		
出生児の氏名			組合員との続柄 出生児との続柄		
振込先	銀行名	支店名	預金種別	口座番号	口座名義
	銀行 信用金庫	本店 支店	①普通 ②当座 ③貯蓄		フリガナ
上記のとおり申請します。 平成 年 月 日 〒 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> TEL () - 住所 組合員 氏名 (印)					
福岡県医師国民健康保険組合理事長 殿					

医師または助産婦の証明書	出産した年月日	平成 年 月 日	生産または死産の別	生産・死産(妊娠 <small>ヵ月週</small>)
	出生児の数	単胎・多胎 (児)	備考	
	上記のとおり出産したことを証明します。 平成 年 月 日 医療施設の名称・所在地 〒 医師・助産婦名 (印) TEL () -			