

国民健康保険出産育児一時金支給申請書

被保険者証の記号番号			
分娩年月日	令和	年	月 日
生まれた子の氏名		正組合員 との続柄	男・女
母の氏名			
分娩の種類	生産	死産(か月)
出産育児一時金の額			

上記のとおり申請します。

令和 年 月 日

組合員住所

氏名

印

愛知県歯科医師国民健康保険組合理事長様

証 明 欄

上記のとおり分娩の事実を証明します。

令和 年 月 日

医師又は住所

助産婦氏名

印

振込先銀行名	口座番号				口座名義人氏名
銀行	普通				フリガナ
支店	当座				