

出產育兒一時金支給申請書

		被 保 険 者 番 号							
分娩した被保険者の氏 名						申 請 者 との続柄			
分 娩 年 月 日		令和 年 月 日							
分 娩 し た 場 所									
出産に立ち会った 医 師 又 は 助 産 師		住 所							
		氏 名							
上記のとおり申請いたします。 令和 年 月 日 申請者 第一種 住 所 第三種 組合員 第二種 氏 名 ⑩ 秋田県医師国民健康保険組合理事長 様									

「注」申請に当たっては、出産証明書（写）
添付のこと

振込指定銀行	銀行	本 支 店
口 座 番 号	普・当	No.
フリガナ		
預金口座名		