

国民健康保険出産育児一時金支給申請書

被保険者証記号番号							
出産者の氏名 及び生年月日		年	月	日	第一種組合員 との続柄		
個人番号							
※個人番号については、資格取得または資格確認の際提出したものと同一番号の場合は“記載不要”							
出産者の現住所	〒 -						
出産年月日	令和	年	月	日	分娩の種類	生産・死産(妊娠ヶ月)	
双子以上の場合	双子・三つ子・それ以上(つ子)						
出産児の氏名					出産児の性別	男・女	
分娩介助の 医師・助産 師の証明	上記のとおり相違ないことを証明する。 令和 年 月 日 医療施設等の所在地 名 称 医師・助産師名 (印)						
支給額	<input type="checkbox"/> ¥ 488,000						
	<input type="checkbox"/> ¥ 500,000 (産科医療補償制度に加入する医療機関において出産した場合)						
上記のとおり申請します。							
				令和	年	月 日	
住所							
第一種組合員 医療機関名							
氏 名		(印)					
山梨県医師国民健康保険組合理事長 殿							

※領収証(内訳明細)のコピーを必ず添付してください

振込先銀行 (振込先は、第一種組合員の口座)

銀行名	銀行	本店・支店
口座名	(フリガナ)	
口座番号	普通・当座	No.