

承認 決議 欄	理事長	副理事長 兼常任理事	理事	事務長	課長	係長	担当

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	— —	出産した 被保険者氏名	
出産児の氏名		組合員 との続柄	
出産年月日	令和 年 月 日 午前・午後 時 分		
出産の場所			
出産の種類 (○で囲むこと)	正 常 ・ 早 産 (箇月) ・ 流 産 (箇月) ・ 死 産		
申 請 金 額	404,000円		
	※産科医療補償制度に加入する医療機関等において出産した場合は 420,000円		
出産に立会った 医師又は助産婦 の 証 明	上記のとおり出産したことを証明します。 医 師 又 は 助 産 師 令和 年 月 日 住 所 氏 名 ⑩		
振 込 希 望 銀 行	銀 行	口 座 番 号	普 通 ・ 当 座
	信用金庫 信用組合	本店 支店	
(フリガナ) 口 座 名 義			

上記のとおり申請します。

※医療機関等から交付される代理契約に関する文書(合意文書)の写しを添付して下さい。産科医療補償制度に加入する医療機関等において出産した場合は所定のスタンプ印を受けた請求書または領収書のコピーを添付して下さい。

令和 年 月 日

(〒 —)

住 所

第1種組合員 連絡先 ⑩ — —

氏 名 ⑩

岩手県医師国民健康保険組合 理事長 様