

受付印

理事長	常務理事	事務長	係

支給日	令和 年 月 日	支給額	¥ _____
-----	----------	-----	---------

出産育児一時金支給申請書

被保険者の記号・番号		群医 ー ー	
分娩者氏名		組合員又は 従業員組合員 との続柄	
分娩年月日		令和 年 月 日	
振 込 口 座	<input type="checkbox"/> 公金受取口座を利用する（利用する方は口座情報の記入不要） 公金受取口座を登録していない方は、マイナポータルから簡単に登録いただけます。		
	<input type="checkbox"/> 振込口座を指定する		
	振込先 銀行名	金融機関コード（ ） 銀行 支店コード（ ） 店	普通・当座 No.
上記のとおり申請します。 令和 年 月 日 組合員 住所 又は 従業員組合員 氏名			
群馬県医師国民健康保険組合理事長 殿			
医師の証明欄		令和 年 月 日 男・女児を 出産したことを証明します。 令和 年 月 日 医療機関の 名称 所在地 医師名	