

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（差額）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.
◎ 医療機関からの分娩費請求額 （国保組合から医療機関への支払額）		円	
◎ 国保組合からの出産育児一時金支給額		円	
◎ 国保組合から組合員（従業員組合員）への支給額		円	
上記のとおり領収・明細書の写しを添えて申請します。			
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			

◎印は、記入不要です。

HP