

受付印

## 【記入例】

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 01 - 5010 - 19		
分娩者氏名	組合 花子	組合員又は 従業員組合員 との続柄	本人
分娩年月日	令和 6 年 12 月 1 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 checked="" type="checkbox"/> 振込口座を指定する 組合員又は従業員組合員の公金受取口座へ振り込みを希望する場合に選択		
振込先 銀行名	金融機関コード（ 1234 ） 医師国保 銀行 支店コード（ 001 ） 本店	普通・当座 No. 1234567	名義人（フリガナ） クミアイ ハナコ 組合 花子
◎ 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	組合記入欄		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 6 年 12 月 2 日			
組合員又はその家族の申請の場合は組合員、従業員又はその家族の申請の場合は従業員の自宅住所・氏名を記入			
群馬県医師国民健康保険組合理事長 殿		組合員 住所 又は 従業員組合員 氏名	前橋市口〇町二丁目2番5号 組合 花子

◎印は、記入不要です。