

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

被保険者証の記号・番号		群 医 — —	
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） <small>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。</small>		
	<input type="checkbox"/> 振込口座を指定する		
	振込先 銀行名	銀行 店	普通・当座 No.
<p>上記のとおり申請します。</p> <p style="text-align: center;">令和 年 月 日</p> <p style="text-align: center;">組 合 員 住 所 又 は 従業員組合員 氏 名</p> <p style="text-align: center;">群馬県医師国民健康保険組合理事長 殿</p>			
医師の証明		<p style="text-align: center;">令和 年 月 日 男・女児を 出産したことを証明します。</p> <p style="text-align: center;">令和 年 月 日</p> <p style="text-align: center;">住 所 氏 名</p>	