

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	
振込先 銀行名	銀行 店	普通・当座 No.	名義人（フリガナ）

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	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
	住 所 氏 名