

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） 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	銀行 店	普通・当座 No.	名義人（フリガナ）	
◎ 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
<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; font-weight: bold; font-size: 1.2em;">群馬県医師国民健康保険組合理事長 殿</p>					

※ この申請書には、領収・明細書の写を添付して下さい。
 ※ ◎印は、組合の記入欄です。