

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	

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

※ 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。