

【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

被保険者証の記号・番号		群 医 1 - 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 5年 1月 1日	組合員また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 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		
振込先 銀行名	医師国保 銀行 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		組合の記入欄 円	
◎ 国保組合から組合員(従業員組合員)への支給額		円	
上記のとおり申請します。 令和 5年 1月 ●日 組合員 住所 前橋市□○町二丁目2-5 又は 従業員組合員 氏名 組合 花子 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。