

理事長	常務理事	事務長	係	年 月 日	起案
				年 月 日	決裁

出産育児一時金支給申請書 (償還払い)

金額 円

※太枠のみご記入ください。

被保険者 記号番号		個人番号 (マイナンバー12ケタ)																
被保険者 である 出産者	氏名	フリガナ			種別・続柄	第1種 <input type="checkbox"/>		第3種 <input type="checkbox"/>		第2種 <input type="checkbox"/>		家族 <input type="checkbox"/>						
		生年月日				昭和・平成・令和		年		月		日						
出生・死産の別 (どちらかに○)				出生・死産														
出生児数	人	死産児数	人	<死産の場合> 妊娠からの週数及び日数				満 () 週										
								() 日										
出生児	氏名	フリガナ			生年月日		令和		年		月		日					

(注) 死産・流産・人口中絶の場合は、出生児欄の記載は不要です。

◎組合員の口座情報をご記入ください。(静岡銀行に口座のある場合はその口座を記入してください。)

金融機関名		預金種別	口座番号		口座名義	
銀行	支店	当座			フリガナ	
		普通				

上記のとおり申請いたします。

令和 年 月 日 (提出日)

〒

組合員住所

氏名

静岡県薬剤師国民健康保険組合理事長 様

※この申請書は、直接支払制度を利用しなかった場合に「出産育児一時金」の支給申請をするものです。

*次のものを添付してご返送ください。

- ① 「直接支払制度利用の有無確認書」の写し
- ② 出産費用明細書 (領収書) の写し
- ③ 母子健康手帳の写し (子の保護者の氏名、出生届出済証明が記載されたページ)