

出産育児一時金支給申請書

記号・番号	道 医 —		
出産した被保険者	氏 名		
	資格取得年月日	年	月 日
	組合員との続柄	1. 本人 2. 家族 ()	
分娩年月日	年 月 日		
分娩の種別	1. 生 産 2. 死 産 (妊娠第 週)		
単胎・多胎の別	1. 単 胎 2. 多 胎 (児)		
申請金額	— 金 円		
上記のとおり、出産育児一時金の支給を申請します。			
令和 年 月 日 住 所			
申 請 者 (組 合 員) 氏 名			
北海道医師国民健康保険組合理事長 様 (組合員の口座)			
振込先	銀 行 店		
	信用金庫		
	フリガナ	科目	普・当・貯
	口座名義	口座番号	

証 明 欄

上記のとおり、分娩したことを証明します。			
令和 年 月 日 住 所			
担 当 医 師 又は助産師の 氏 名			

- 【必要書類】 ・ 出産費用の領収・明細書(写)
・ 直接支払制度利用の有無を確認できる書類(代理契約に関する文書の写し等)