

保険給付費支給決定 並 支払伺 . . . 起案			
支払金額	金 円	支払通知書番号	振込年月日 . . .
			取得 . . .
			喪失 . . .

出 産 育 児 一 時 金 支 給 申 請 書

被 保 険 者 証 号	正組合員	—	准組合員	— —
被 保 険 者 氏 名 (分娩された方)				
生 年 月 日	年 月 日 生			
分 娩 の 年 月 日	平成 年 月 日			
生 産 ・ 死 産 の 別	生 産 ・ 死 産 (妊 娠 週)			
<p>上記のとおり申請いたします。</p> <p style="text-align: center;">平成 年 月 日</p> <p style="text-align: center;">所属支部名</p> <p style="text-align: center;">正組合員 住所</p> <p style="text-align: right;">氏名 ⑩</p> <p style="text-align: center;">准組合員 住所</p> <p style="text-align: right;">氏名 ⑩</p> <p style="text-align: center;">愛知県医師国民健康保険組合理事長 殿</p>				
生 産 ま た は 死 産 に 関 す る 医 師 、 助 産 師 の 証 明	<p style="text-align: center;">平成 年 月 日</p> <p style="text-align: center;">生産 ・ 死産(妊娠 週) したことを証明する。</p>			
医 師 ま た は 助 産 師 住 所 氏 名	⑩			

※ この申請書の提出には、出産育児一時金の医療機関直接支払制度の合意文書(原本)及び領収書並びに明細書のコピーを添付してください。

※ 准組合員の方の申請の場合、正組合員のご署名ご捺印も必要になります。

※ 各申請書等で知り得た被保険者の個人情報、法令に定める場合を除き、組合業務の目的以外で利用することはありません。