

理事長	常務理事	事務長	係

## 出 産 育 児 一 時 金 支 給 申 請 書

被保険者記号番号	石医	—	組 合 員 氏 名	
資格取得日		分娩した被保険者氏名		組合員との続柄

出生児	氏名		性別	男・女	生年月日	年	月	日
	分娩の種類	正常	・	早産	・	流産	・	死産 (妊娠 ヶ月)
分娩医療機関名称								
出産育児一時金申請額		円	分娩医療機関における産科医療補償制度加入の有無		加入	・	未加入	
備考								

振込先	金融機関名		銀行 信用金庫 信用組合	支店名		本店 支店 出張所
	口座種別	普通	・	当座	フリガナ	
	口座番号			口座名義人		

上記のとおり申請します。

令和 年 月 日

住所 \_\_\_\_\_

組合員 氏名 \_\_\_\_\_ (印)

電話番号 ( ) \_\_\_\_\_

石川県医師国民健康保険組合理事長 様