

理事	理事	事務長	担当者

出産育児一時金支給申請書

第1種組合員氏名								
分娩者	被保険者証 記号番号	宮医	A	被保険者氏名				(歳)
	資格取得日	昭和・平成・令和	年	月	日	第1種組合員との続柄		
出生児氏名						性別	男・女	
産院・病院名 及び所在地								
送金先	銀行名	銀行					支店	備考
	預金種目	普通・当座・貯蓄		口座番号				
	(フリガナ) 名義人氏名							

上記のとおり必要書類を添えて申請します。

令和 年 月 日(届出日)

〒

住所
被保険者
(分娩者) 氏名

電話番号

宮城県医師国民健康保険組合理事長 様

医師又は 助産師の 証明欄	分娩日	平成・令和	年	月	日	
	分娩の種別	正常分娩・早産(妊娠 週)・流産(含人工流産、妊娠 週)・死産				
	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					
	医師又は 助産師 氏名					

支部 經由	令和 年 月 日
	支部長 印

※次の文書を添付して下さい。

- ①病院や助産所の予約時などに妊婦とかわす直接支払制度合意文書
- ②分娩費用の内訳を記した明細書

DL

※当組合は、申請によって収集した個人情報について、個人情報保護方針、条例等に沿って扱うものとします。