

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									
<p>上記のとおり必要書類を添えて申請します。</p> <p style="text-align: right;">令和 年 月 日(届出日)</p> <p style="text-align: center;">〒 -</p> <p>住所 被保険者 (分娩者) 氏名 ⑩</p> <p style="text-align: center;">電話番号 - -</p> <p style="text-align: center;">宮城県医師国民健康保険組合理事長 様</p>										
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								
	<p>上記のとおり分娩したことを証明します。</p> <p style="text-align: right;">令和 年 月 日</p> <p style="text-align: center;">住所</p> <p>医師又は 助産師 氏名 ⑩</p>									
支部経由	<p style="text-align: right;">令和 年 月 日</p> <p style="text-align: center;">支部長 ⑩</p>									

※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。