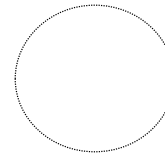


常務理事	理事	事務長	担当者



◎ 第1種組合員及び第2種組合員（資格取得後6ヵ月経過）が対象となり、
分娩日より60日経過後、第1種組合員（事業主）からご提出ください。

出産手当金支給申請書

分娩者	被保険者証 記号番号	宮医 A	資格取得 年月日	昭和・平成・令和 年 月 日	
	組合員氏名		第1種組合員 との続柄	<input type="checkbox"/> 第1種組合員A(医師) <input type="checkbox"/> 第1種組合員C(大学院生医師) <input type="checkbox"/> 第2種組合員(従業員) ※家族は対象外	
新生児氏名		男・女			
分娩の種別	1. 生産 2. 死産 3. 早産			※ 流産、人工妊娠中絶は対象外	
分娩日	令和 年 月 日			※ 分娩日含む30日が支給対象	
分娩日後の 医師国保加入期間	令和 年 月 日～令和 年 月 日（ 日間）			※ 分娩日を含まず60日上限	
振込先 口座 (分娩者)	銀行名	銀行 支店 (店番号)		備考	
	預金種目	普通・当座・貯蓄	口座番号		
	フリガナ				
	口座名義	※ 振込口座は通帳と確認の上ご記入ください。			

上記のとおり申請します。 令和 年 月 日(提出日)

〒 -
住 所
第1種組合員
事業主(医師)
氏 名

電話番号 () -

宮城県医師国民健康保険組合理事長 様

[注]所属支部(郡市医師会)を経由して届け出てください。

D L

[支部記入欄]

支部名	印
支部長	
支部受付年月日 年 月 日	

[組合記入欄]

支給決定日数	日	備考
支給決定額	円	
支給日	令和 年 月 日	

※ 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、条例等に沿って適切に扱うものとします。