

常務理事	理事	事務長	担当者	受付

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	平 成	年	月	日	
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	
	預金種目	普・当・貯	口座番号			
	(フリガナ) 名義人氏名				備考	
<p>上記のとおり申請します。</p> <p style="text-align: right;">平成 年 月 日</p> <p style="text-align: center;">〒</p> <p style="text-align: center;">住 所</p> <p style="text-align: center;">被保険者 (分娩者) 氏 名</p> <p style="text-align: right;">Ⓜ</p> <p style="text-align: center;">電話番号</p> <p style="text-align: center;">— —</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 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;">平成 年 月 日</p> <p style="text-align: center;">住 所</p> <p style="text-align: center;">医師又は 助産師</p> <p style="text-align: center;">氏 名</p> <p style="text-align: right;">Ⓜ</p>					
支 部 経 由	<p style="text-align: right;">平成 年 月 日</p> <p style="text-align: center;">支部長</p> <p style="text-align: right;">Ⓜ</p>					

※ 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。