

伺	決 裁 年 月 日	令 和 年 月 日		
	理 事 長	常 務 理 事	事 務 長	係

出 産 育 児 一 時 金 支 給 申 請 書				
被保険者証 の記号番号		1・3種組合員		2・4種組合員
分 娩 者	氏 名		組合員との続柄	
	生 年 月 日		昭・平・令 年 月 日	
分娩年月日		令 和 年 月 日	分娩の種類	正常・早産（妊娠 月）・死産
上記のとおり申請します。 令 和 年 月 日 1・3種組合員 住 所 氏 名 ⑩ TEL () 2・4種組合員 住 所 氏 名 ⑩ TEL () 三重県医師国民健康保険組合 様				
証 明 欄				
上記のとおり分娩したことを証明します。 令 和 年 月 日 医師又は助産師 住 所 氏 名 ⑩				
支 給 金 額	※	円	振込銀行をご記入下さい。	
			銀行	支店
			普通 ・ 当座 No.	
※印の欄は記入しないで下さい。			(フリガナ) 名 義	