

出産育児一時金支給申請書

本人・家族

記 号・番 号	全歯	被保険者(分娩者) の 氏 名 生 年 月 日		
			年 月 日	
分 娩 年 月 日		年 月 日		
上記のとおり申請いたします。		必 ず 記 入	(フリガナ)	
			振 込 先	銀行・信金 店 信組・農協 出張所
			口 座 番 号	
			口 座 種 別	普 ・ 当
			(フリガナ)	
			通 帳 名 義	
年 月 日				
〒				
組 合 員 住 所				
氏 名		⑩ ※自署の場合は 押印省略可		
電話番号 (— —)				
全国歯科医師国民健康保険組合理事長 殿				
年 月 日 [生産・死産 (週)] したことを証明する。 (母子手帳のコピー可) ※市町村の証明欄				
医 師 住 所				
助 産 師				
市 町 村 長 氏 名 ⑩ ※自署の場合は 押印省略可				
証明年月日 年 月 日				

支 給 金 額	
	円

係



支部長	支部常務	係

