

## 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		

必ず記入	(フリガナ)		
	振込先	銀行・信金 信組・農協	店 出張所
	口座番号		
	口座種別	普・当	
	(フリガナ)		
通帳名義			

上記のとおり申請いたします。

年月日

〒

組合員住所

氏名

(印) ※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)

医師住所

※市町村の証明欄

助産師

市町村長 氏名

(印) ※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

