

出産育児一時金支給申請書

本人・家族

被保険者証 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。	(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 (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)
※市町村の証明欄

医師住所

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

