

常務理事	事務局長	事務長	業務係	会計・庶務係	照合事項	
					資格	受付

出産育児一時金差額支給申請書

被保険者証記号・番号		組 合 員 氏 名	
出 産 した 者 の 氏 名			組合員 との続柄
出 生 児 の 氏 名	ふりがな	性 別	組合員 との続柄
出 産 日	令和 年 月 日		
<p>上記のとおり出産育児一時金差額の支給を申請します。</p> <p>令和 年 月 日</p> <p style="text-align: center;">被保険者証住所 〒</p> <p style="text-align: right;">TEL</p> <p style="text-align: center;">組 合 員 氏 名</p> <p style="text-align: center;">宮崎県医師国民健康保険組合理事長 殿</p>			

振込先金融機関

取引銀行名	銀行	支店	普通預金 No.
預金口座名義 (フリガナ)			年 月 日 円 処理済

※出生児が被保険者となる場合には、被保険者資格取得届を提出してください。