

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

出産育児一時金支給申請書

被保険者記号・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	
上記のとおり相違ありません。 令和 年 月 日 住 所 担当医師または助産師 氏 名 (印)					
上記のとおり出産育児一時金の支給を申請します。 令和 年 月 日 被保険者住所 〒 TEL 組 合 員 氏 名 宮崎県医師国民健康保険組合理事長 殿					

振込先金融機関

取引機関名	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

①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。

②産科医療補償制度加入医療機関での出産の場合は、加入機関である旨の示された印の押された領収証を添付してください。