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

出産育児一時金差額支給申請書

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			
<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>被保険者住所 〒</p> <p>TEL</p> <p>組 合 員 氏 名</p> <p>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

※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。