	本件を支給額を決定し支給するに命ずる
	専務理事

専務理事	事務局長	事務局次長	給付課長	係長	係	支部係
令和	年	月	日	支払命令第		号

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	
母親の氏名		分 娩 児 の 氏 名	分 娩 児 の 性 別 男・女
母親の個人番号	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		
分娩年月日	令和 年 月 日	分娩の種類	正常・早産 (月 周) 死産 (月 周)
母親の組合加入 年 月 日	年 月 日	組合員と母親 の 続 柄	

医師・助産師又は、 市区町村長の証明	上記の者は、令和 年 月 日分娩したことを証明する。 分娩の種類は、出産・死産 (月 周) です。 令和 年 月 日 住 所 医師(助産師) 氏 名 (印)		
	本 籍		
	筆頭者 氏 名	出 生 届 出 日	令和 年 月 日
	分娩児 氏 名	出 生 年 月 日	平成 年 月 日
	父 親 氏 名	母 親 氏 名	続 柄
	上記のとおり相違ないことを証明する。 令和 年 月 日 市区町村長名 (印)		

(注)裏面の口座振込依頼に記入してください。

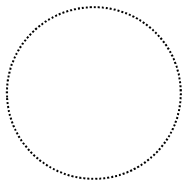
上記のとおり、出産に要した費用の額に関する別紙(領収書)写を添えて申請します。

令和 年 月 日 〒
 住 所
 氏 名
 組合員
 T E L
 個人番号

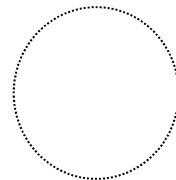
名古屋市食品国民健康保険組合理事長 様

右のとおり支給額を決定してよろしいか	支給決定額	円
--------------------	-------	---

本部受付



処 理 欄	被保険者 台 帳		



支部受付

口座振込み依頼

支給決定額については、下記口座へ振込みください。

(フリガナ) 名義人の氏名	指定金融機関名	預金区分	口座番号
	銀行	本店 普通	
	信用金庫	支店 当座	
	農業・漁業協同組合	出張所 貯蓄	

私の名義の口座がありませんので、支給金受領については

に委任しますから、上記口座へ振込みください。

(口座名義人の氏名)

組合員(申請人)

申請人が署名できない場合は、記名押印してください。

- 1 申請人名義の口座がない場合は、上記委任欄(被保険者のみ)にご記入していただければ指定口座へ振込みます。
- 2 預金区分の欄は、該当のものを○印で囲んでください。
- 3 「出産育児一時金支給決定通知書」を送付しますので、入金の確認をお願いします。
- 4 死産の場合は、分娩児の氏名の欄は記入せず、「医師・助産師又は市区長村長の証明」の欄に、医師から「妊娠何ヶ月目または何週目」の死産であるかの記入を必ず依頼してください。

ご不明な点があれば、当組合事務局給付担当者までご連絡ください。