第12号様式

理事長	常務理事	事務長	事務次長	総務係長	業務係長	係

国民健康保険出産育児一時金支給申請書

¥

上記の金額を支給されるよう申請します。

但し、下記内訳のとおり

令和　　年　　月　　日

住所

組合員

氏名　　㊞

北海道薬剤師国民健康保険組合理事長　　様

内　　訳

被保険者証の番号		出産した被保険者（生母）の氏名	氏名		組合員との続柄	
			個人番号			
出産の年月日	年　月　日　午　前後　時					
出生児の氏名	フリガナ		個人番号		組合員との続柄	
出産の種類（○で囲む）	正常・早産（妊娠　ヶ月）・流産・死産					
出産に立ち会った医師又は助産師の証明	証明書 上記の通り出産したことを証明します。 年　月　日 医師または助産師　住所 氏名　　㊞					
被振込金融機関名	銀行 信用金庫 信用組合			（　　）本・支店 郵便局 店番号		
	（普通・当座） 口座番号			ふりがな（　　） 口座名義（　　）様宛		

（注）1. 上記の医師又は助産師の証明の代りに、母子手帳の出生届出済証明書の写しを添付してもよい。
2. 組合から病院等への直接支払制度に関する合意文書の写し及び病院等の明細書と領収書の写しを添付すること。
3. 出生児が組合被保険者となる場合は、本申請書と同時に資格取得届及び出生児の住民票抄本を提出のこと。