

国民健康保険出産育児一時金（差額分）支給申請書（本人・家族）

令和 年 月 日

福岡県薬剤師国民健康保険組合理事長様

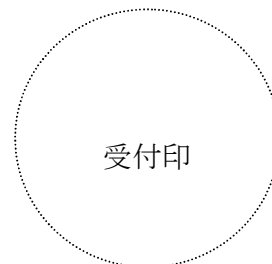
〒 ー
 申請者（組合員）住 所
 氏 名 ㊟

下記によって出産育児一時金を請求いたします。

申請者 (組合員) の記入欄	被保険者証番号			分娩者の資格	昭和・平成・令和		
	個人番号(マイナンバー)			取得年月日	年	月 日	
	分娩者の氏名			分娩者の 生年月日	昭和・平成	年 月 日	
	分娩年月日	令和	年 月 日	申請者(組合員)との続柄			
	分娩した 医療機関等	所在地					
		名称					
	出生児の氏名				続柄		
	振込金融機関						
	金融機関名	店名	預金種目	口座番号	口座名義人		
				フリガナ			

※下記支給額を振り込みますので上記欄を正確にご記入の上、組合に申請してください。

決 裁	理事長	常務理事	事務長	係	係
支払日	支給金額		円		



(出産育児一時金 420,000 円 ー 円 = 円)
 直接支払額 差引支給額

国民健康保険出産育児一時金支給申請書（本人・家族）
（直接支払制度利用なし）

令和 年 月 日

福岡県薬剤師国民健康保険組合理事長様

〒 ー
申請者（組合員）住 所
氏 名

印

下記によって1胎児につき出産育児一時金を請求いたします。

申請者 (組合員) の記入欄	被保険者証番号		分娩者の資格	昭和・平成・令和	
	個人番号(マイナンバー)		取得年月日	年	月 日
	分娩者の氏名		分娩者の 生年月日	昭和・平成	年 月 日
	分娩年月日	令和 年 月 日	申請者(組合員)との続柄		
	分娩した 医療機関等	所在地			
		名称			
	出生児の氏名		続柄	分娩の 種類	正常・死産・ 早産(月)
	被保険者に対する支払金融機関※				
	金融機関名	店 名	預金種目	口座番号	口座名義人
				フリガナ	

※被保険者の口座は個人情報ですので、保険者に申請書を提出する際にご記入ください。

医師・ 助産師が証明する欄	分娩した年月日	令和 年 月 日	分娩の種類	生産・死産(妊娠 月)
	出産児の数	単胎・多胎(児)	備 考	
	上記のとおり相違ないことを証明します。 令和 年 月 日 医療機関等の名称 _____ 医師名 _____ 助産師名 _____ 印			

決 裁	理事長	常務理事	事務長	係	係
支払日		支給 金額			

