

出産祝い金支給申請書

※ 太枠内のみご記入ください。

被 保 険 者 証 記 号 ・ 番 号	3 8								
出 産 者 の 氏 名	<input type="checkbox"/> 組合員 <input type="checkbox"/> 組合員家族								
出 産 し た 年 月 日	令 和	年	月	日	出 生 児 数	<input type="checkbox"/> 単胎 <input type="checkbox"/> 多胎			
振 込 希 望 口 座	金 融 機 関 名	<input type="checkbox"/> 銀 行 <input type="checkbox"/> 支 店 <input type="checkbox"/> 信 金 <input type="checkbox"/> 支 所 <input type="checkbox"/> 信 組							
	(銀行コード)		(支店コード)						
	口 座 種 別	<input type="checkbox"/> 普通預金 <input type="checkbox"/> 当座預金	口 座 番 号						
口 座 名 義 (加付で記入)									
<p>組合規程第 24 号の定めに基づき、上記のとおり申請します。</p> <p style="text-align: center;">令 和 年 月 日</p> <p style="text-align: right; margin-right: 100px;">組合員 住 所</p> <p style="text-align: right; margin-right: 100px;">.....</p> <p style="text-align: right; margin-right: 100px;">氏 名</p> <p style="text-align: right; margin-right: 100px;">.....</p> <p>千葉県薬剤師国民健康保険組合理事長 殿</p>									

※ 本申請に必要なもの

1. 母子手帳の写し 1 部 (ただし、同時に「産前産後休業取得申請書」を提出する場合、添付を省略することが可能です。)

理 事 長	常 務 理 事	事 務 長	給 付 担 当	受 付 日

(No. -)