

(様式15号)

令和 年 月 日 支給

支部長印

支給決定 伺	支給額	
	費用額	円
	受取額(直接支払額)	円
	支給額(組合員)	円

担当者

出産育児一時金支給申請書

被保険者 記号・番号	宮建	組合員	住所	
			氏名	
分べん者 の氏名		分べん者 の生年月日	昭和 年 月 日	組合員 との続柄
出生児 の氏名		分べんの 年月日	令和 年 月 日	組合員 との続柄

※死産等の場合は、出生児の氏名記載不要

分べんの 事実の 証明	生産・流産・死産(令和 年 月 日 妊娠 週) 上記の分べんは事実に相違ないことを証明する。 医療施設等所在地 医療施設等名称 医師・助産師の氏名	印
-------------------	---	---

<input type="checkbox"/> 公金受取口座を利用します。(希望者は□にチェック) ※公金受取口座を利用する場合は、次の振込金融機関の記入は不要です。			
振込金融機関 (組合員様名義の口座)	銀行名	銀行 信金 信組 農協 労金 その他	支店名
			本店 支店
	預金の種類	普通・当座・貯蓄	
	口座番号		

※ 組合員様名義の口座へ振り込むこととなります。(ご家族の方や、事業所名義は対象外です。)

申請に必要なもの	・医療機関等から交付される直接支払制度利用の合意に関する文書(写し) ・医療機関等から交付される出産費用の領収・明細書(写し) ・申請書内の「分べんの実事の証明」(差額申請の場合は不要)
----------	---

上記のとおり申請します。 令和 年 月 日 郵便番号 _____ 電話番号 _____ 組合員 住 所 _____ フリガナ _____ 氏 名 _____ 印
(申請先) 宮城県建設業国民健康保険組合理事長