

(様式24号)

令和 年 月 日 支給

支 部 長 印	
------------------	--

前払金支給額
円

担当者

## 出産育児一時金前払申請書

被保険者証 記号・番号	宮建	出産する被保険者 氏名・生年月日	氏名	組合員と の続柄	
			昭・平 年 月 日		

<h3>証 明 書</h3>	
上記の被保険者が、令和 年 月 日出産予定であることを証明します。	
令和 年 月 日	
医療施設等所在地	
医療施設等名称	
医師・助産師氏名	㊟

<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 <small>(組合員様名義の口座)</small>	銀行名	銀行 信金 信組 農協 労金 その他	支店名	本店	預金の種類
			支店		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	・ 申請書内に医師又は助産師の証明 ・ 医療機関等から交付される代理契約に関する文書(写し)
----------	---

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 ㊟
(申請先) 宮城県建設業国民健康保険組合理事長	