

| | | | | | | | | |
|--------|-------|---------|-------|-------|-----------|--------|-----|-----|
| 決 裁 | 理 事 長 | 常 務 理 事 | 事 務 長 | 担 当 者 | 決 裁 年 月 日 | 処 理 | 入 力 | 照 合 |
| | | | | | 平 成 年 月 日 | | | |

| 出 産 育 児 一 時 金 支 給 申 請 書 | | | | | |
|--|---|----------------|-------------------------|--------|-------------|
| 被 保 険 者 証 の 記 号 番 号 | | 組 合 員 氏 名 | | | |
| 母 親 の 氏 名 | | 分 娩 児 の 氏 名 | | 性 別 | 男 ・ 女 |
| 分 娩 年 月 日 | 平 成 年 月 日 | 分 娩 の 種 類 | 正 常、早 産 (ヶ 月)、死 産 (ヶ 月) | | |
| 母 親 の 組 合 加 入 年 月 日 | 昭 和 平 成 年 月 日 | 組 合 員 と の 続 柄 | | | |
| 医 師 又 は 助 産 師 の 証 明 | 平 成 年 月 日 出 産 し た こ と を 証 明 す る。 平 成 年 月 日 住 所 医 師 (助 産 師) 氏 名 | | | | |
| 上 記 の と お り 申 請 し ま す。 な お、支 給 決 定 額 に つ い て は、下 記 の 組 合 員 名 義 の 口 座 へ 振 込 み 下 さ い。 平 成 年 月 日 住 所 組 合 員 氏 名 TEL () | | | | | |
| 愛 知 建 連 国 民 健 康 保 険 組 合 理 事 長 殿 | | | | | |

| | | |
|-------------------------------------|-------------|---|
| 右 記 の と お り 支 給 を 決 定 し て よ ろ し い か | 支 給 決 定 額 ※ | 円 |
|-------------------------------------|-------------|---|

| | | | | | | |
|-------------|---|-------|--|-------|-----------|-----------|
| 振 込 先 | (銀 行) (信 用 金 庫) (本 店) (農 協) (信 用 組 合) (支 店) (出 張 所) | | | | 本 部 受 付 欄 | 支 部 受 付 欄 |
| | 預 金 種 別 | (普 通) | | (当 座) | 本 部 受 付 印 | 支 部 受 付 印 |
| | 口 座 番 号 | | | | | |
| | フリガナ | | | | | |
| | 口 座 名 義 | | | | | |

◎ 申請者は太枠の部分を入力してください。※は記入しないでください