

出産育児一時金支給申請書

被 保 険 者 番 号	沖医国	組 合 員 氏 名	
分 娩 し た 被 保 険 者 氏 名		組 合 員 と の 続 柄	
出 生 児 の 氏 名		組 合 員 と の 続 柄	
分 娩 年 月 日	令和 年 月 日	分 娩 の 種 別	妊 娠 正 常 ・ 早 産 ヶ 月 ・ 死 産
上 記 の と お り 相 違 あ り ま せ ン 。 令和 年 月 日 〒 住 所 担 当 医 師 又 は 助 産 婦 医 療 機 関 名 氏 名 印			
申 請 金 額	金 円	備 考	
支 給 決 定 金 額	金 円	承 認 年 月 日	令 和 年 月 日
上 記 の と お り 申 請 し ま す 。 令和 年 月 日 〒 住 所 組 合 員 氏 名 (自 署) 沖 縄 県 医 師 国 民 健 康 保 険 組 合 理 事 長 殿			

振込先口座（組合員名義口座のみ）

※原則、医師組合員は保険料引き落とし口座への振込となります。（その場合記入不要）

従業員組合員が申請する場合は、従業員組合員名義の口座をご記入下さい。

銀 行 名	銀行	支 店 名	支店
口 座 番 号	(普 通 ・ 当 座) No.	フリガナ	
		口 座 名 義	