

出産育児一時金支給申請書（差額支給分）

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 月・死産
出産育児一時金額 (※産科医療補償 制度対象外の場合)	金 5 0 0 , 0 0 0 円 (金 4 8 8 , 0 0 0 円)	出産費用決定金額	金 円
差額支給決定金額	金 円	承 認 年 月 日	令和 年 月 日
備 考	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		

注意事項

- 1) 医療機関が発行する領収書の写しを添付してください。

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	