出産育児一時金（差額）申請書

被保険者の記号番号	市　国											

分娩者氏名		組合員との続柄	
分娩年月日	令和　　年　　月　　日		
分娩の種類	出産　・　死産（　　週）		

上記のとおり必要書類を添えて申請します。

申請日　　令和　　年　　月　　日

組合員　　住所 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

氏名 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

ＴＥＬ（　　）　　－

大阪府小売市場国民健康保険組合　理事長　様

◎太枠内をご記入ください

振込先口座	金融機関名	銀行・信用金庫 農協・信用組合								本店・支店 出張所		
	銀行コード					支店コード						
	預金種目	1. 普通　　2. 当座				口座番号（右づめ）						
	フリガナ											
	名義人											

（事務処理欄）

受付印

支給決定額	円

決裁	常務理事	事務局長	課長	係長	係員
令和　　年　　月　　日　　決定					