

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	小売 花子				組合員との続柄	妻	
分娩年月日	令和 7 年 4 月 1 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 7 年 4 月 15 日

組合員 住所 大阪市中央区本町1-1-1

氏名 小売 太郎

TEL (06) 6942 - 1234

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	国保	銀行・信用金庫 本店・ 支店 農協・信用組合 市場 出張所									
	銀行コード	1	1	1	2	支店コード	0	0	1			
	預金種目	1. 普通 2. 当座			口座番号 (右づめ)	1	2	3	4	5	6	7
	フリガナ	コウリ タロウ										
	名義人	小売 太郎										

(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					