

この欄は記入しないで下さい

支出科目	款	保険給付費	項	出産諸費	目	出産手当金	節	負担金補助及び交付金		
支給 (出) 金額	¥				分娩者 資格取得	昭和 平成 令和	年	月	日	
分娩 年月日	令	和	年	月	日	種別	従			
支給 期間	自	令	和	年	月	日	支給			日間
	至	令	和	年	月	日	日数			日間
備考										

<h2 style="margin: 0;">出 産 手 当 金 請 求 書</h2>			
被 保 険 者 番 号	枝 番	分 娩 した 者 の 氏 名 及 び 生 年 月 日	昭・平 年 月 日 生
分 娩 年 月 日	令 和 年 月 日		
新 生 児 氏 名		組 合 員 と の 続 柄	
<p>上記のとおり、請求します。</p> <p style="text-align: center;">(〒 -) TEL ()</p> <p>令和 年 月 日</p> <p style="text-align: center;">住 所</p> <p style="text-align: center;">組合員(申請人)</p> <p style="text-align: center;">氏 名</p> <p style="text-align: center;">大阪府食品国民健康保険組合 理事長 殿</p>			

〈銀行振込欄〉

- ・預金口座は、組合員に限ります。ただし、本人死亡の場合はその相続人(申請人)となります。
- ・ゆうちょ銀行に振込希望の方は、振込可能かどうか確認して下さい。
- ・口座No等は通帳確認の上、記入して下さい。

振込先 (郵便局払は できません)	銀行・信用金庫 農協・信用組合		銀行コード		
	支店 出張所		支店コード種別		
種別	1. 普通(総合口座) 2. 当座	口座No.			
(フリガナ)					
名 義					