

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	受付印
支給 期間	自	令	和	年	月	日	支給 日数	
備考	記入不要							

記入例		出産手当金請求書	
被保険者番号	枝番	分娩した者の 氏名及び生年月日	食品 夢子
188010010002	01	昭 <input checked="" type="radio"/> 平 <input type="radio"/> 2 年 3 月 4 日生	
分娩年月日	令	和	年
	<input type="radio"/>	年	<input type="radio"/>
	<input type="radio"/>	月	<input type="radio"/>
	<input type="radio"/>	日	
新生児氏名	食品 一郎		組 合 員 との続柄
			子
上記のとおり、請求します。			
(〒××× - ◇◇◇◇) TEL 1 2 3 ( 4 5 6 ) 7 8 9 0			
令和 <input type="radio"/> 年 <input type="radio"/> 月 <input type="radio"/> 日			
住所 <span style="color: red; font-weight: bold;">〇〇市〇〇区△△△△3-2-1</span>			
組合員(申請人) 氏名 <span style="color: red; font-weight: bold;">食品 夢子</span>			
大阪府食品国民健康保険組合 理事長 殿			

〈銀行振込欄〉

- 預金口座は、組合員に限りません。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)	食品	<input checked="" type="radio"/> 銀行・信用金庫 農協・信用組合	銀行コード 1 2 3 4						
	中央	<input checked="" type="radio"/> 支店	出張所 支店コード種別 1 2 3 1						
種別	<input checked="" type="radio"/> 普通 (総合口座) 2. 当座	口座 No.	2	3	4	5	6	7	8
(フリガナ)	シヨクヒン ユメコ								
名 義	食品 夢子								