（様式24号）

支部長印	

令和　　年　　月　　日 支給

前 払 金 支 給 額
円

担当者

出 産 育 児 一 時 金 前 払 申 請 書

被保険者記号・番号	宮建	出産する被保険者氏名・生年月日	氏名 昭・平　　年　　月　　日	組合員との続柄	

証　　明　　書

上記の被保険者が、令和　　年　　月　　日出産予定であることを証明します。

令和　　年　　月　　日

医療施設等所在地

医療施設等名称

医師・助産師氏名　　㊞

□ 公金受取口座を利用します。（希望者は□にチェック）
※公金受取口座を利用する場合は、次の振込金融機関の記入は不要です。

振込金融機関（組合員様名義の口座）	銀行名　銀行 信金 信組 農協 労金 その他	支店名　本店 支店	預金の種類	普通・当座・貯蓄
			口座番号	

※ 組合員様名義の口座へ振り込むことになります。　（ご家族の方や、事業所名義は対象外です。）

申請に必要なもの	・申請書内に医師又は助産師の証明 ・医療機関等から交付される直接支払制度利用の合意に関する文書（写し）

上記のとおり申請します。

令和　　年　　月　　日

郵便番号　　電話番号

組合員　住　所

フリガナ
氏　名　　㊞

（申請先）宮城県建設業国民健康保険組合理事長