

近畿薬剤師国民健康保険組合 育児休業等応援金支給申請書																	
出産被保険者記号番号	薬国					—					—				枝番		
出産被保険者氏名																	
出 産 被 保 険 者 生 年 月 日	昭和 平成 年 月 日																
出 産 年 月 日	令和 年 月 日																
上記のとおり申請いたします。 令和 年 月 日 住所 申請者 (組合員) 氏名 (自署) 電話番号																	
近畿薬剤師国民健康保険組合理事長 様																	
振 込 先 欄	金融機関名	銀行・信用金庫 信用組合・農協										本店・支店 出張所					
	預金種目	普通 ・ 当座				口座番号											
	フリガナ																
	口座名義人																

※上記組合員については出産日から6か月経過日まで当国保組合に加入していることを認めます。

《事業主確認欄》

事業所名			
令和 年 月 日	事業主名 (自署)		

※(事務処理欄)

受 付 印	種別	組合員 家 族									
	応援金の額	□ 1 0 0 , 0 0 0 円 □ 4 0 , 0 0 0 円									
	支給決定金額 円	決 裁	理 事	室 長	課 長	主担当	副担当				
	令和 年 月 日決定										