

**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					一				一			枝番	
出産被保険者氏名														
出産被保険者 生年月日	昭和 年 月 日 平成													
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	□ 100,000円			□ 40,000円		
	支給決定金額	決裁	理事	室長	課長	主担当	副担当
	円						
		令和 年 月 日 決定					