

記入例

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 9 9 9 9 - 9 9 9 - 9 9 9 枝番 0 1
出産被保険者氏名	薬国花子
出産被保険者 生年月日	昭和 平成 XX 年 XX 月 XX 日 出産された方の被保険者記号番号、枝番、氏名、生年月日を記入してください
出産年月日	令和 XX 年 XX 月 XX 日

上記のとおり申請いたします。

令和 X 年 X 月 X 日

住所 大阪市中央区和泉町○丁目○番○号

申請者
(組合員) 氏名(自署) 薬国花子

組合員が記入してください

電話番号 XX-XXXX-XXXX

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 0000000
	フリガナ	ヤクコク ハナコ	
	口座名義人	薬国花子	

※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》

※この欄は事業主が記入してください

事業所名

○○薬局

令和 X 年 X 月 X 日

事業主名(自署)

近薬一郎

※(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						