

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 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XX年XX月XX日 住所 大阪市中央区和泉町〇丁目〇番〇号 申請者(組合員) 氏名(自署) 薬 国 花 子 電話番号 XX-XXXX-XXXX 組合員が記入してください 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										〇〇 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 00000000																		
	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 〇〇薬局 令和XX年XX月XX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					