

理事長	常務理事	事務長	課長	係	医療機関支給決定額	円
					被保険者支給決定額	円
					分娩日	平成 年 月 日
					支給年月日	平成 年 月 日

出産育児一時金支給申請書 (事前申請用)

被 保 険 者 記 入 の 欄	被保険者証記号番号		鹿歯・鹿歯従	
	出産予定者の氏名			
	出産予定日	平成 年 月 日	組合員との続柄	(第 子目)
	出産予定の 医療機関	所在地		
		名称		
		電話番号		
被保険者 に対する 振込先	銀 行 庫 店			
	1. 普通	口座番号 No.		
	2. その他 ()	フリガナ 口座名義		

受 取 代 理 人 の 欄	甲(組合員)_____は、医療機関である乙_____を 代理人と定め、次の権限を委任する。 甲が請求する出産育児一時金のうち、乙が甲に対して出産に関し請求する費用の額(上限 38万円(産科医療補償制度未加入の医療機関は35万円))の受領に関すること。 平成 年 月 日			
	甲(組合員)住所		産科医療補償制度加入機関の証明印	
	氏名 (印)			
	乙(代理人)住所		(印)	
氏名				
受 取 代 理 人 に 対 す る 振 込 先	銀 行 庫 店			
	1. 普通	口座番号 No.		
	2. その他 ()	フリガナ 口座名義		

上記の通り申請します。

平成 年 月 日
(年 - 月)

組合員本人 住所
氏名 (印)

(自宅電話番号 - -)

鹿児島県歯科医師国民健康保険組合理事長 殿

※申請にあたっては、母子健康手帳の写し(表紙と出産予定日が記載されているページ)、もしくは出産予定日を証明する書類の写しを添付して下さい。

※第2子以降のご出産の場合は、第2子と分かる資料(住民票もしくは戸籍謄本)を添付してください。