

支給日 年 月 日

理事長	常務理事	事務長	課長	係	支給金額
					円

出産育児一時金支給申請書

被保険者証の記号番号	鹿歯・鹿歯従					
組 合 員 氏 名						
出産した被保険者の氏名・生年月日				昭和 平成	年 月 日	組 合 員 との続柄
出生児氏名			性別	男・女	組合員との 続 柄	(第 子目)
出産年月日	平成	年	月	日	死産なるとき はその旨	(妊娠 週)
振 込 先	銀行 金庫					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 日)

組合員本人 住 所
氏 名

印

鹿児島県歯科医師国民健康保険組合理事長 殿

出産又は死産に関する助産師・医師又は市町村の証明	平成 年 月 日 (男・女) 児を出産したことを証明します。	住所・氏名 及 び 印	印
産 科 医 療 補 償 制 度 加 入 機 関 の 証 明 印			

※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。