

支給日 年 月 日

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 令和	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	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		
上記のとおり申請します。				
令和 年 月 日 (〒 -) 組合員本人 住 所 氏 名 ㊟ (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				

出産又は死産に関する助産師・医師又は市町村の証明	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 ㊟
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）を添付して下さい。