

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	令和 年 月 日
				支給年月日	令和 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	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 金庫			
	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。				
	年 月 日	産科医療補償制度加入機関の証明			
	甲（組合員）住所 氏名	⑩			
	乙（代理人）住所 氏名	⑩			
受 取 代 理 人 に 対 す る 振 込 先		銀行 金庫			
		口座番号 No.			
		(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 ⑩					
(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）を添付して下さい。