

常務理事	事務長	課長	係

医療機関支払決定額		円
支払年月日	令和	年 月 日
被保険者支給決定額		円
支給年月日	令和	年 月 日
産科医療補償制度	対象・対象外	

## 出産育児一時金支給申請書（直接支払用）

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 (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、退院時に手交される費用の内訳を記した明細書の添付があり、直接支払制度を利用していること及び出産にかかった実費が確認できる場合は、早期支給が可能となります。

※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。