

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）

出産した被保険者の 被保険者証の記号番号	鹿歯・鹿歯従			枝番【 】
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 <small>（※死産・流産・人工中絶等の場合は記入不要です）</small>	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 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 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				

※出産費用が出産育児一時金支給額を下回った場合、下記の書類を添付して申請することで、差額分を早期に受け取ることができます。（早期支給を希望しない場合は、本組合からの通知が届き次第、案内に従って手続きください。）

早期支給希望時の添付文書：①出産費用領収書（産科医療補償制度対象分娩かどうか分かるもの）

②出産費用明細書 ③直接支払制度合意文書（①～③いずれもコピー可）