

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	出産予定者の被保険者証の記号番号	鹿歯・鹿歯従 枝番【 】		
	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 店			
	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*の額の受領に関すること。（※出産育児一時金の支給額を上限とする。）			
	年 月 日			
	甲 住所 (組合員) 氏名	乙 住所 (代理人) 氏名	氏名	
		(印)	(印)	(印)
受 取 代 理 人 に 対 す る 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、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ください。