

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

出産した被保険者の 被保険者記号・番号 <small>(マイナポータルや資格情報通知書、資格確認書等を確認して記入)</small>	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)</small>	男・女	組合員との 続 柄	(第 子目)
出産年月日	年 月 日	死産するとき 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) (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	(印)
産科医療補償制度加入機関の証明印 <small>(※産科医療補償制度対象分娩であることが確認できる書類 (領収書や明細書等)の添付があれば省略可能です)</small>			

※申請にあたっては、下記の書類を添付してください。(いずれもコピー可)

- ・ 出産費用の領収書及び明細書(産科医療補償制度対象分娩かどうか分かるもの)
- ・ 医療機関等から交付される直接支払制度に係る代理契約に関する書類(代理契約を医療機関等と締結していない、または医療機関等が直接支払制度に対応していない旨が記載されているもの)