Ver. 2025.12

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 2．その他 （　　）	口座番号　No.	
		(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）　　乙　住所（代理人）

氏名　　㊞　　氏名　　㊞

受取代理人に対する振込先	銀行 金庫　　店		
	1．普通 2．その他 （　　）	口座番号　No.	
		(フリガナ) 口座名義	

上記のとおり申請します。

※申請内容について電話連絡することがありますので、日中に連絡のつく番号を記入してください

令和　年　月　日

（〒　－　）

組合員本人　住　所

氏　名　　㊞

（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。