

専務理事	事務長		係

国民健康保険出産育児一時金支給申請書

支給決定額	百万	拾万	万	千	百	十	円				
被 保 険 者 証 号							番 号				
組 合 員 氏 名											
出 産 者 の 氏 名 及 び 生 年 月 日							昭・平・令	年	月	日	
出 産 者 の 国 保 加 入 年 月							昭・平・令	年	月	日	
出 産 年 月 日				令和			年	月	日	分娩の種類	出産、死産（妊娠 ヶ月）
出 生 児 氏 名							出生児の性別	男・女			
支 給 申 請 金 額	円										
備 考											
関東信越税理士国民健康保険組合 理事長 様 上記のとおり必要書類を添えて申請します。 令和 年 月 日 自宅住所 〒 申 請 人 （組合員） 電話番号 () 氏 名 ⑩											
振 込 先 金 融 機 関 名							支 店 名	店			
口 座 番 号	普通	番号【右ヅメでご記入ください】					フリガナ				
	当座						名 義 人				
	貯蓄										

■注意事項

- ・直接支払制度を利用し、医療機関の代理受領額と出産育児一時金との差額がある場合は、差額分が支給されますので、出産費用の内訳が記載された領収（明細）書の写しを添付して申請してください。
- ・妊娠85日以上であれば、死産または流産の場合も支給されますので、医師の証明書を添付して申請してください。

■添付書類について

- ・出生証明書または住民票の原本
- ・直接支払制度の利用有無がわかる書類の写し