

|      |     |  |   |
|------|-----|--|---|
| 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） |       |   |   |   |  |
| 支 給 申 請 金 額  | 円  |                 |   |   |       |              |       |   |   |   |  |
| 備 考  |    |                 |   |   |       |              |       |   |   |   |  |
| <p>関東信越税理士国民健康保険組合 理事長 様<br/>                 上記のとおり必要書類を添えて申請します。</p> <p style="text-align: center;">令和 年 月 日</p> <p style="text-align: center;">自宅住所 〒</p> <p>申 請 人<br/>                 （組合員） 電話番号 ( )<br/>                 氏 名</p> |    |                 |   |   |       |              |       |   |   |   |  |
| 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