

出産育児一時金支給申請書

被保険者証の 記号番号	(枝番)	出産者氏名	
出産者の 資格取得日	昭和・平成・令和 年 月 日	組合員との続柄	
出生児氏名	フリガナ	組合員との続柄	
		出産年月日	令和 年 月 日
医師又は 助産師の 証 明	死産であるときはその旨と 妊娠何か月かを明記すること		
	上記のとおり出産したことを証明する。(死産のときも同じ。)		
	令和 年 月 日	所在地	_____
		名 称	_____
		医 師 名	_____ (印)
上記のとおり添付書類を添えて出産育児一時金 _____ 円を申請します。			
	令和 年 月 日	組合員 住 所	_____
		氏 名	_____ (印)
静岡県歯科医師国民健康保険組合理事長 様			

組合員の金融機関口座へ振り込みますので、下欄にご記入ください。

振込先金融機関名	支店名	預金種別	口座番号	通帳名義人(組合員)氏名
銀行 農協 信用金庫	支店	普通預金 その他 ()		(フリガナ) _____

〈添付書類等〉

- 医療機関等から交付される直接支払制度を用いていない旨の記載がされた「同意書」と、「出産費用の領収・明細書」のコピーを添付すること。

理 事 長	常務理事	事 務 長	係

【個人番号の利用目的について】

当組合は、被保険者の個人番号を、番号法別表第1の第30項「国民健康保険法による保険給付の支給又は保険料の徴収に関する業務」において、適用、給付及び徴収業務で利用します。