

支給決定	金額						
	年月日						

認		印		
理事長	専務理事	事務長	課長	係

出産育児一時金支給申請書【HP/R7.7】										
被保険者 記号番号	記号		番号							
組合員の氏名					出産した 被保険者氏名					
出生児の氏名					出産年月日		令和 年 月 日			
※ 被保険者認定後6ヵ月以内の出産の場合は、以前加入していた健康保険の証明を受けてください。										
全国健康保険協会・健康保険組合又は他の共済組合証明欄	元被保険者・組合員氏名				出産年月日					
					令和 年 月 日					
	資格取得年月日				資格喪失年月日					
令和 年 月 日				令和 年 月 日						
上記について出産育児一時金(出産費)を支給できないことを証明します。										
令和 年 月 日				所在地						
				保険者名						
(印)										
振込先	金融機関名	支店名	預金種別	口座番号				口座名義		
			1. 普通 2. 当座 3. 貯蓄						フリガナ	
上記のとおり申請します。										
令和 年 月 日										
〒 -										
組合員住所 _____										
組合員氏名 _____ (印)										
福岡県歯科医師国民健康保険組合理事長 殿										
出産に関する助産師又は医師の証明	出産年月日				生産(または)死産の別					
	令和 年 月 日				生産・死産(妊娠 ヶ月)・流産(妊娠 ヶ月)					
	胎児の数									
単胎・双胎(児)										
上記のとおり相違ないことを証明します。										
令和 年 月 日										
〒 -										
住所 _____										
氏名 _____ (印)										

「注」 出産育児一時金として、488,000円支給します。
ただし、産科医療補償制度に加入する医療機関等の医学的管理下において在胎週数22週に達した日以後に出産(死産を含む)した場合は、12,000円を加算します。
申請の際は、直接支払制度を利用していないことを証する書類(合意文書のコピー)、分娩機関より交付された分娩費明細書等のコピーを添付してください。
出産育児一時金医療機関等への直接支払制度を利用した場合は、この「出産育児一時金支給申請書」の提出は必要ありません。