

直接支払制度を利用していない場合の出産育児一時金の申請

青文字の部分をご記入、捺印ください。  
A4サイズの用紙で印刷してください。

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	9	9	番号	9	9	9	9	0	0	1		
組合員の氏名	国保組合 あかり				出産した 被保険者氏名	国保組合 あかり							
出生児の氏名	国保組合 さくら				出産年月日	令和 7 年 9 月 7 日							
※ 被 保険者 が 前 年 度 に 他 の 共 済 組 合 に 加 入 し て い た 場 合 は 、 こ の 欄 に 以 前 加 入 し て い た 健 康 保 険 の 証 明 を い た だ い て く だ さ い。 出 産 育 児 一 時 金 （ 出 産 費 ） を 支 給 で き な い こ と を 証 明 す る 書 類 を 別 途 添 付 す る 場 合 は 未 記 入 で か ま い ま せ ん。													
振 込 先	金融機関名	支店名	預金種別	口座番号				口座名義					
	△△△銀行	▲▲▲支店	1. 普通 2. 当座 3. 貯蓄	X	X	X	X	X	X	X	フカサ コクホクミアイ アカリ	国保組合 あかり	
<p>上記のとおり申請します。</p> <p>令和 元 年 9 月 30 日</p> <p>〒 810 - XXXXX</p> <p>組合員住所 XXX市 XXX丁目 〇番地</p> <p>組合員氏名 国保組合 あかり</p> <p>福岡県歯科医師国民健康保険組合理事長 殿</p>													
<p>出産に関する助産師または医師に証明をいただいでください。</p>													
出産に関する助産師又は医師の証明	<p>上記のとおり相違ないことを証明します。 令和 年 月 日</p> <p>〒 -</p> <p>住所 _____</p> <p>氏名 _____ 印</p>												

※添付書類

- 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
- 本組合の被保険者認定後6ヵ月以内の出産の場合で、申請書に以前加入していた健康保険の証明がないときは、以前加入していた健康保険の出産育児一時金（出産費）を支給できないことを証明する書類