

支給決定	金額								
	年月日								

認 印				
理事長	専務理事	事務長	課長	係

出産育児一時金差額支給申請書【HP/R7.7】											
被保険者 記号番号	記号		番号								
出産した 被保険者氏名					生産・死産の別	生産・死産 流産					
出生児の氏名					出生年月日	令和 年 月 日					
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	
<p>上記のとおり申請します。</p> <p>令和 年 月 日</p> <p>〒 ー ー</p> <p>組合員住所</p> <p>組合員氏名 印</p> <p>福岡県歯科医師国民健康保険組合理事長 殿</p>											

### 注意事項

本申請書は、直接支払制度により医療機関等に支払われた出産育児一時金等の「代理受取額」が、下記出産育児一時金を下まわった場合にご申請ください。

出産育児一時金として、一児に対し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、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。

今回、出産育児一時金医療機関等への直接支払制度を利用をしていますので、「出産育児一時金支給申請書」の提出は必要ありません。