

組合記入欄	常務理事	事務局

宮城県歯科医師国民健康保険組合出産育児一時金申請書
(受領委任払)

被 保 者 番 号	み 歯				出 産 予 定 氏 名	(ふりがな)
	A					
出 産 (予 定) 日	平成 年 月 日			続 柄		
平成 年 月 日						
<p style="text-align: center;">出産育児一時金の受領を下記同意書の医療機関等に委任の上、支給申請いたします。</p> <p>第1種 自宅住所 (〒 -)</p> <p>第2種 組合員 電話番号</p> <p>第3種</p> <p>第4種 氏 名 ⑩</p> <p style="text-align: center;">宮城県歯科医師国民健康保険組合理事長 殿</p>						

(注) この申請書は、出産予定日の1か月前から提出できます。

組合員記入欄	委 任 状	
	<p>出産費の支払に充てるため、出産育児一時金 (円) の受領の権限を下記の医療機関等に委任します。(※産科医療保障制度にかかる出産の場合は、3万円加算)</p>	
	組合員	
	住所 (〒 -)	
	氏 名 ⑩	

医療機関等記入欄	同 意 書	
	上記の委任について同意します。	
	医療機関等	
	所在地 (〒 -)	
	名 称 電 話	
	代表者 ⑩	

・該当する欄への記入と該当項目への○印をお願いします。

組合記入欄	常務理事	事務局

宮城県歯科医師国民健康保険組合出産育児一時金支給申請書
(償還払)

被保険者記号番号		み 歯		A	
分娩者の氏名 (ふりがな)		分娩者の生年月日		組合員との続柄	
		昭 平 年 月 日			
出生児名 (ふりがな)		分娩年月日		出産区分	
		平 成 年 月 日		出産 死産(妊娠週) 人口流産(妊娠週)	
分娩の 事実の 証明	上記の分娩は事実と相違ないことを証明する。 医師又は助産婦				
	医療機関等所在地 (〒 -)				
	名称 氏表者 ⑩				
組合記入欄		支給額		円	
上記のとおり出産育児一時金を申請いたします。 平成 年 月 日					
第1種		自宅住所 (〒 -)			
第2種		組合員 電話番号			
第3種					
第4種		氏 名 ⑩			
宮城県歯科医師国民健康保険組合理事長 殿					
振込銀行名		銀行		支店・本店	
預金種別		普通預金 当座預金		貯蓄預金	
口座番号		※左詰めで記入願います。			
口座名義人		(ふりがな)			

- ・該当する欄への記入と該当項目への○印をお願いします。
- ・「分娩の事実」の証明は、母子手帳の「出生届出済証明」(1頁)及び「出生の状態」(8頁)のコピーでも結構です。
- ・産科医療保障制度にかかる出産の場合は、3万円加算されますので受領書を添付願います。