

組合記入欄	常務理事	事務局

出産育児一時金支給申請書

被保険者証記号番号	み歯									続柄		
出産者氏名	(フリガナ)							出産者 生年月日	昭和 平成	年	月	日
出産年月日	令和	年	月	日	出産区分			生産・死産(妊娠週)				
出生児氏名	(フリガナ)							男・女	組合員との 続柄			
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。											
	医師又は助産師	(〒 -)							令和	年	月	日
	医療機関等所在地											
	名称											
	代表者名											
	㊟											
組合記入欄	支給額	円										
上記について関係書類を添えて申請いたします。												
令和 年 月 日												
第1種	(〒 -)											
自宅住所												
第2種	組合員											
第3種	氏名											
㊟												
第4種	電話番号 ()											
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	(フリガナ)											

- ・「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「出産の状態」(14頁)の写しでも結構です。
 - 【添付書類】 必ず添付してください。
 1. 医療機関等と交わした直接支払制度を利用しない旨の合意文書(写)
 2. 領収書、出産費用明細書(写)
- ※産科医療補償制度対象出産の場合、領収書等に所定のスタンプが押印されているかご確認ください。

< FAXでの提出はできません >