

事 務 連 絡
令和 年 月 日

組 合 員 殿

全国歯科医師国民健康保険組合
新 潟 県 支 部

出産育児一時金の支給について

時下、益々ご清祥のこととお慶び申し上げます。
別紙、出産育児一時金支給申請書をお送りいたしますので、ご記入のうえ、国保組合支部へご返送くださるようお願いいたします。

記

1. 支 給 額

1児につき、42万円が支給されます。

2. 出 生 証 明

申請書下の証明欄に、医師、助産師、市町村長のいずれかから証明をもらって下さい。
もしくは、母子手帳の出生届済証明（市町村長の証明）のコピーでも可です。

3. 添 付 書 類

病院の領収書（退院時のもの）を添付して下さい。コピーでも可です。

4. 振込先金融機関

ご本人名義の口座をご記入ください。（*ゆうちょ銀行の場合は、通帳の表紙をめくった見開きページの銀行振込用の受取口座をご記入ください。）

5. 支給までの期間

指定口座への送金は、国保組合本部へ申請する関係上、約2カ月を要しますのでご了承ください。

※ ご不明な点がございましたら、国保組合支部までお問い合わせ下さい。

TEL 025-250-7755 FAX 025-283-6692

(様式8号)

出産育児一時金支給申請書

本人・家族

被保険者証 記号・番号	全歯	被保険者(分娩者) の氏名 生年月日	年 月 日
出生児	氏名	分娩 年月日	平成・令和 年 月 日
	当組合加入	有・無	加入年月日 平成・令和 年 月 日
申請金額	円	生産、死産 の別	生産・死産
上記のとおり申請いたします。		(フリガナ)	
		振込先	銀行・信金 店 信組・農協 出張所
		口座番号	
		口座種別	普 当
		(フリガナ)	
		通帳名義	
令和 年 月 日			
〒			
組合員住所			
氏名			
電話番号 (— —)			
全国歯科医師国民健康保険組合理事長 殿			
令和 年 月 日 [生産・死産 (週)] したことを証明する。 (母子手帳のコピー可) ※市町村の証明欄			
医師住所			
助産師			
市町村長氏名 印			
証明年月日 令和 年 月 日			

支給金額	
	円

係



支部長	支部常務	係

