

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

### 出産育児一時金支給申請書について

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、捺印のうえ、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、50万円が支給されます。また、出産費用が50万円に満たない場合、その差額を支給します。

##### 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

- ・医療機関から発行される出産費用明細書・領収書（コピー可）
- ・直接支払制度に関する合意文書※（コピー可）

**※医療機関との直接支払制度の利用の有無が記載されたもの**

##### 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か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

# 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

分 娩 年 月 日	年 月 日
-----------	-------

上記のとおり申請いたします。	必 ず 記 入	(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 通 当
		(フリガナ)	
		通 帳 名 義	

年 月 日

〒

組 合 員 住 所

氏 名

⑩ ※自署の場合は  
押印省略可

電話番号 ( — — )

全国歯科医師国民健康保険組合理事長 殿

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)

医 師 住 所

※市町村の証明欄

助 産 師

市 町 村 長 氏 名

⑩ ※自署の場合は  
押印省略可

証明年月日 年 月 日

支 給 金 額	
	円

係



支部長	支部常務	係

