

支給決定額	百万	拾万	万	千	百	十	円	理事長	副理事長	専務理事	事務長	課長	係
国民健康保険出産育児一時金支給申請書													
被保険者証の 記号・番号	記号			番号									
出産した被保険者の 属する世帯の組合員	氏名												
出産者の氏名及び 生年月日	昭・平 年 月 日										組合員 との 続柄		
出産者の国保加入年月	昭・平 年 月 日												
出産の年月日	平成 年 月 日			分娩の種類		出産、死産（妊娠 ヶ月）							
出生児の氏名							出生児の性別		男・女				
支給申請金額	円												
備考													
<p>上記のとおり申請します。</p> <p>平成 年 月 日</p> <p style="text-align: right;">〒</p> <p style="text-align: center;">事務所住所</p> <p style="text-align: center;">事務所名称</p> <p>申請人</p> <p>(組合員) 事務所電話番号</p> <p style="text-align: center;">組合員氏名 (印)</p> <p style="text-align: center;">関東信越税理士国民健康保険組合理事長 様</p>													
振込先金融機関名								支店名		店			
口座番号		普通 番号【右ヅメでご記入ください】						フリガナ					
		当座						名義人					
		貯蓄											

添付書類 ・出生証明書・住民票 いずれか一通

・直接支払制度を利用していないことがわかる書類(写し)

※直接支払制度を利用し、医療機関の代理受領額と出産育児一時金との差額がある場合は差額分が支給されますので**出産費用の内訳が記載された領収・明細書(写し)**を添付し申請してください。

※妊娠85日以上であれば、死産・流産の場合も支給されますので、医師の証明書を添付し申請してください。