

常務理事	事務局長	課長補佐	係

甲種

出産育児一時金支給申請書 (差額支給分)

出産育児一時金額	420,000 円 (但し、加算対象出産でない場合は40万4千円)		
※出産費用額	円		
※差額支給決定額	円		
記号番号	熊歯	組合員氏名	
出産した産院病院又は診療所の名称及び所在地			
出産が組合員以外(家族)の者であるときはその者の氏名	生年月日	昭平 年 月 日	組合員の続柄
出生児の氏名	性別	男・女	組合員の続柄
分娩した年月日	平成 年 月 日	生産又は死産の別	生産・死産(妊娠ヶ月)週
出生児の数	単胎・多胎(児)	備考	

振込先	差額支給額の振込先をご記入ください。		
	銀行	支店	普通・当座 口座番号
	フリガナ 口座名義 _____ ※口座名義が申請者(組合員)でない場合は、委任状が必要です。本組合までご連絡ください。		

上記のとおり申請します。

平成 年 月 日

〒 _____
甲種組合員 住所

氏名 _____ 印

電話 _____

熊本県歯科医師国民健康保険組合理事長 殿

【注意事項】

- 「※」印の欄は記入しないでください。
- 申請には、医療機関が発行する「代理契約に関する文書」の写しおよび「明細書(領収書)」の写しを必ず添付してください。

※加算対象出産とは、産科医療補償制度に加入する医療機関等で出産した場合の事です。