

常務理事	事務局長	課長補佐	係

乙種

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 (記入不要)		
※差額支給決定額	円 (記入不要)		
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 _____ <small>※口座名義が申請者(組合員)でない場合は、委任状が必要ですので本組合までご連絡ください。</small>		
甲種組合員証	上記の者、本歯科医院の勤務者であることを証明します。 熊歯・ 号 <div style="text-align: right;">甲種組合員名 Ⓜ</div>		
上記のとおり申請します。 <div style="text-align: center;">平成 年 月 日</div> <div style="text-align: center;">〒 _____</div> <div style="text-align: center;">乙種組合員 住所</div> <div style="text-align: center;">氏名 Ⓜ</div> <div style="text-align: center;">電話 _____</div> 熊本県歯科医師国民健康保険組合理事長 殿			

※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。

【添付書類】

1. 「代理契約に関する文書」の写し
2. 「明細書(領収書)」の写し