

※決裁	事務長	係	※支給決定額
			¥ 組合員 <input type="checkbox"/> 家族 <input type="checkbox"/>



出産育児一時金支給申請書（償還払い）

※地区

関係事項	被保険者	記号		番号								
	出産者について	フリガナ						生年 月日	昭和 <input type="checkbox"/>	年	月	日
		氏名							平成 <input type="checkbox"/>			
	種別	第1種 <input type="checkbox"/> 第2種 <input type="checkbox"/> 第3種 <input type="checkbox"/> 第4種 <input type="checkbox"/>					続柄	組合員 <input type="checkbox"/> 家族 <input type="checkbox"/>				
出産年月日	令和 年 月 日					生産 <input type="checkbox"/>	死産 <input type="checkbox"/>	生産・死産混在 <input type="checkbox"/>				
生産の場合の 出生児数	人	〈死産の場合〉 死産児数			人	〈死産の場合〉 妊娠からの 週数及び日数		満()週 ()日				
振込先	金融機関	銀行 信用金庫			支店番号		支店名					
	種類	普通・当座			口座番号							
	名義	フリガナ										
医師又は 助産師の証明欄	医療機関等名称											
	医療機関等所在地											
	医師・助産師氏名											
上記のとおり申請します。 令和 年 月 日												
組合員申請人	自宅住所		〒									
	連絡先 電話番号		() 平日の9時から17時に連絡をとれる番号を記入してください。									
	氏名											

埼玉県薬剤師国民健康保険組合理事長 様

■ この届けは、直接支払制度を利用しなかった場合に「出産育児一時金」の支給申請をするものです。

■ 申請時に添付するもの

- ①「直接支払制度利用の有無確認書」の写し
- ②費用の内訳を記した「明細書（領収書）」の写し
- ③出生児が、当組合へ加入する場合は「加入するための申請書類」
 - ◆第1種・第2種・第3種・第5種世帯への加入は「資格取得届A」、第4種世帯への加入は「資格取得届B」
 - ◆取得時に必要な提出書類(住民票・出生児のマイナンバー確認書類・組合員の身元確認書類等)は資格取得届(裏面又は2枚目)を参照
- ④出生児が他の健康保険に加入した場合は、その「被保険者証」の写し
- ⑤医師又は助産師の証明がない場合は、代わりに「出生児を加えた世帯全員の住民票」

■ □欄は該当する箇所にチェック印を記載してください。

■ ※欄は組合記入欄です。