

理事長	副理事長	担当常務理事	事務局長	課長	係長	担当者	受付年月日

振込口座	金融機関名			支店名			店番号			口座番号		
	銀行			支店								
	信用金庫											
	預金種類			フリガナ								
・普通 ・当座 ・その他( )			名義									

### 出産育児一時金支給申請書

被保険者証の 記号・番号	税国							出産した方の 氏名			
								生年月日	昭和・平成	年	月
資格取得後6ヶ月以内 の出産の場合に記入	資格取得前は、( )健康保険に(本人・扶養家族)として、 昭和・平成 年 月 日より加入していました。										
出生児の氏名							出産した被保険者の 資格取得年月日				

医療機関等の 証明欄	出産した年月日	平成 年 月 日	生産又は 死産の別	生産 死産 (妊娠 週 日)
	出生児の数	単胎 ・ 多胎 ( 児)	備考	
	上記のとおり相違ないことを証明します。  平成 年 月 日 所在地 _____ 医療機関等 名称 _____ 医師又は助産師の氏名 _____ ㊞			

上記のとおり申請します。 平成 年 月 日

事務所代表者氏名												
申請人 (組合員)	住所	〒 _____										
	電話番号	( _____ )										
	氏名	_____ ㊞										
	個人番号											

近畿税理士国民健康保険組合理事長 殿

※支給決定金額 \_\_\_\_\_ 円

【添付書類】①～③を全て添付してください

- ① ①上記「医療機関等の証明欄」に、出産した医療機関等の証明を記したもの、もしくは出生・死産証明書(医師又は助産師の証明があるもの)の写し  
㊞市区町村の発行した、出生児の戸籍謄本(抄本)  
…㊞か㊞のどちらか一点
- ② 医療機関等から発行される代理契約に関する文書(「直接支払制度に係る代理契約を医療機関等と締結しない旨」及び申請先となる「保険者名」が記載されたもの)の写し
- ③ 医療機関等から交付される出産費用の領収・明細書の写し(「直接支払制度を用いていない旨」の記載及び「産科医療補償制度の加算対象出産であることを証するスタンプ」の押印がなされているもの)

【注意事項】

- ・健康保険等の本人として1年以上資格を有し、退職後6ヶ月以内に出産された方は、以前の保険に申請してください。
- ・他の健康保険等から支給される場合は、支給できません。

※印の欄は記入しないで下さい。