

様式第7

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 信用金庫			支店									
	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 日生
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・令和 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	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。			
				令和 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。 令和 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(原本)
…㊞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。