

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 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 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。					
	所在地 _____			令和 年 月 日		
医療機関等 名称 _____						
医師又は助産師の氏名 _____ (印)						

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	_____ (印)										
	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
②市区町村の発行した、出生児の戸籍謄本(原本)
…①か②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。