

※事務長	係	※支給決定額 ¥
※決裁		



出産育児一時金支給申請書（償還払い）

※地区

出産者及び出生児の関係事項	被保険者証	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 平成 <input type="checkbox"/>	
		氏名											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
	出産年月日	平成 <input type="checkbox"/> 年 月 日 令和 <input type="checkbox"/>									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			
出産育児一時金振込先	金融機関	銀行 信用金庫		支店番号			支店名								
	種類	普通・当座・貯蓄			口座番号			※7桁未満は前に0を記載してください。							
	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												(印)		
上記のとおり申請します。															
令和 年 月 日															
(申請人員)	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													(印)	
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。