

※	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		
		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	平成 年 月 日				<input type="checkbox"/> 1.生産 2.死産 3.生産・死産混在										
	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 の 振 込 先	金融機関	銀行			支店番号			支店名								
	種類	普通・当座・貯蓄				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。 平成 年 月 日																
(申組合員)	自宅住所		〒													
	連絡先 電話番号		()													
	氏名		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。													
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・出生児の個人番号確認書類・組合員の身元確認書類等)は申請書裏面を参照
- 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」

■ ※欄は組合記入欄ですので記載しないでください。