

理事長	常務理事

受付日 担当者		加入
		未加入
支給日		電算 群
支給額		

国民健康保険出産育児一時金支給申請書				
被保険者証記号番号	群歯 ー (枝番)			
出産者の氏名・生年月日 及び資格取得年月日	生年月日	昭和 平成 令和	年 月 日	組合員との続柄
	取得年月日	昭和 平成 令和	年 月 日	
出生児の氏名				組合員との続柄
出産に関する 医師、助産師 の証明欄	令和 年 月 日(男・女)児を 出産・死産(妊娠 週) したことを証明する 住所 氏名 ⑩ (TEL)			
出産育児一時金 の振込先 金融機関	銀行・信用金庫・信用組合 支店			
	普通・()	番号		
	名義人	(フリガナ)		
上記のとおり支給申請します。				
令和 年 月 日				
〒				
住所				
組合員(TEL) (ー ー)				
氏名				
群馬県歯科医師国民健康保険組合理事長 様				

※産科医療機関等が発行した領収書のコピーを添付してください。
 ※医療機関と交わす「直接支払制度の利用について」の合意文書のコピーを添付してください。(様式指定なし)
 ※出産者が協会けんぽ、健保組合、船員保険、共済組合のいずれかに1年以上加入し、脱退後6か月以内に出産した場合は、当組合へは申請できません。前に加入していた保険者に申請してください。
 ※振込は申請月の月末に行います。ただし、20日以降の申請は翌月末になる場合があります。