

常務理事	事務局長	課長補佐	係

乙種 出産育児一時金支給申請書 (差額支給分)					
出産育児一時金額	420,000円 (加算対象出産でない場合、404,000円)				
出産費用額	円 (記載不要 事務局記載)				
差額支給決定額	円 (記載不要 事務局記載)				
記号番号	熊歯	・	組合員氏名		
出産した産院病院又は診療所の名称及び所在地					
組合員以外(家族)の出産であるときはその者の氏名	生年月日	昭平	年月日	組合員との続柄	
出生児の氏名	性別	男・女		組合員との続柄	
分娩年月日	令和 年 月 日	出生児の数	単胎・多胎(児)		
生産又は死産の別	生産・死産(妊娠 ヶ月 週)		備考		
振込先	申請者(下記乙種組合員)の口座を正しくご記入ください。				
	_____銀行 _____支店 普通・当座 口座番号 _____ フリガナ _____ 口座名義 _____				
甲種組合員証明欄	上記の者、本歯科医院の勤務者及びその家族であることを証明します。 熊歯・ _____ 甲種組合員名 ㊟				
上記のとおり申請します。 令和 年 月 日 千 一 乙種組合員 住所 _____ 氏名 _____ ㊟ 電話 _____					
熊本県歯科医師国民健康保険組合理事長 殿					

添付書類

1. 「代理契約に関する文書」写し
2. 「明細書(領収書)」の写し

※加算対象出産とは、産科医療補償制度に加入する医療機関等で出産した場合のことです。