

常務理事	事務局長	課長	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	500,000円 (加算対象出産でない場合、488,000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	
分娩年月日	令和 年 月 日	性別	男・女	組合員との続柄	
生産又は死産の別	生産・死産(妊娠 週)	出生児数	単胎・多胎(児)		
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 〒 _____ 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事です。