

決 済	理事長	事務長	課長(補)	係

受付年月日

出産育児一時金 支給申請書

被保険者証	記号		番号												
分娩した被保険者氏名			生年月日	昭	・	平	年	月	日						
個人番号															
分娩年月日	年	月	日	分娩区分	1 出産					2 死産					
出生児の氏名・性別				男・女	組合員との続柄										
申請内容	該当にチェックしてください			産科医療補償制度	分娩した週数					一時金額					
	<input type="checkbox"/> 1. 直接支払制度の利用なし			なし	在胎週数満12週以降					404,000 円					
	<input type="checkbox"/> 2. 直接支払制度の利用なし			あり	在胎週数満12週以降 かつ満22週未満					404,000 円					
	<input type="checkbox"/> 3. 直接支払制度の利用なし			あり	在胎週数22週以降					420,000 円					
<input type="checkbox"/> 4. 直接支払制度を利用した場合の差額申請 (多胎出産含む)				在胎週数満12週以降					円						
振込先口座				銀行・信金 労金・農協	本店・支店										
	預金種別	1 普通	2 当座	口座番号											
	フリガナ														
	口座名義人														
上記のとおり出産育児一時金の支給を申請します。															
年 月 日															
組合員 住所															
氏名 印															
——個人番号——															
長野県医師国民健康保険組合理事長 殿															

※太枠の中を記入してください

〈添付書類〉 ※写で可

申請内容1～3： ①医療機関と交わした合意文書 ②領収・明細書
③死産の場合は、その年月日及び妊娠日数を証明する書類

※産科医療補償制度あり（加入機関等における分娩）の場合は、対象分娩であることを証明する印がある領収書等の写しを添付してください

※申請内容4については添付書類は不要です（医療機関からの請求に基づき当組合からご案内のため）