

## 出産育児一時金支給申請書

※産第 号

|                                      |   |                    |          |                  |
|--------------------------------------|---|--------------------|----------|------------------|
| 被保険者証                                | 記号  | 85-                | 番号       |                  |
| 分娩年月日                                | 年 月 日   |                    |          |                  |
| (フリガナ)                               |   |                    | 男・女      | 続柄               |
| 出生児の氏名                               |   |                    |          |                  |
| 出生児の個人番号<br>(マイナンバー12桁)              |   |                    |          |                  |
| 母の氏名                                 |   |                    | 母の被保険者資格 | 昭・平・令<br>年 月 日から |
| 母の個人番号<br>(マイナンバー12桁)                |   |                    |          |                  |
| 分娩の種類                                | 正常・早産・流産・死産(ヶ月)   |                    |          |                  |
| 出生児が他の保険の<br>被扶養者となる場合<br>その保険の種類、名称 |   |                    |          |                  |
| 指定振込口座                               | 金融機関名   | 銀行<br>信用金庫<br>信用組合 |          | 支店<br>出張所        |
| 口座番号                                 | 1.普通(総合)  | 2.当座               | フリガナ     |                  |
|                                      |   |                    | 名義人      |                  |
| 記入するところ                              | 上記のとおり申請いたします。<br>年 月 日<br>〒<br>住所 電話<br>申請人(組合員) 氏名<br>個人番号(マイナンバー12桁)<br>東京都薬剤師国民健康保険組合 理事長 殿 |                    |          |                  |

|            |           |                               |   |  |
|------------|-----------|-------------------------------|---|--|
| 医師又は助産師の証明 | (母の氏名)    | 殿 年 月 日に 男児/女児 を分娩したことを証明します。 |   |  |
|            | 年 月 日     | 住所                            |   |  |
|            | 医師<br>助産師 | 氏名                            | 印 |  |

|        |                |   |                 |     |   |
|--------|----------------|---|-----------------|-----|---|
| ※支給決定伺 | 医療機関への<br>支払済額 | 円 | 産科医療保障制度<br>支給額 | 有・無 | 円 |
|--------|----------------|---|-----------------|-----|---|

|          |      |                      |      |       |
|----------|------|----------------------|------|-------|
| ※ 決 裁    |      | ※ 処 理 欄              |      |       |
| 常務理事     | 事務局長 | 被保険者<br>資格の有無<br>有・無 | 給付台帳 | 係 収 受 |
| 令和 年 月 日 |      |                      |      |       |

※支払日付印

## 記入上の注意

- 太線の枠内を全て記入してください。
- この申請書は出生児の『資格取得届』と共に提出して下さい。但し、出生児が当組合に加入しない場合はこの申請書だけを提出して下さい。
- 証明欄に医師又は助産師の証明がもらえないときは、住民票(原本)又は母子手帳(市区町村の出生証明欄)のコピーを添付してください。
- 死産、流産、人口妊娠中絶の場合は、出生児欄の記載は不要です。
- 次の書類を添付してください。
  - (1) 医療機関と取り交わした直接支払制度に関する合意文書(写)
  - (2) 医療機関から交付された「領収・明細書」(原本)