様式第7

理事長	副理事長	担当常務理事	事務局長	課長	係長	担当者	受付年月日

振込口座	金融機関名	支店名	店番号	口座番号
	銀行 信用金庫	支店		
	預金種類	フリガナ		
	普通 ・ 当座 ・ その他（　　）	名義		

出産育児一時金支給申請書

被保険者 記号・番号	税国		出産した方の 氏名	
			生年月日	昭和 ・ 平成　年　月　日生
資格取得後6ヶ月以内の出産の場合に記入	資格取得前は、（　　）健康保険に（ 本人 ・ 扶養家族 ）として、 昭和 ・ 平成 ・ 令和　年　月　日より加入していました。			
出生児の氏名			出産した被保険者の 資格取得年月日	昭和 ・ 平成 ・ 令和　年　月　日

医療機関等の証明欄

出産した年月日	年　月　日	生産又は 死産の別	生産 死産　（妊娠　週　日）
出生児の数	単胎 ・ 多胎（　児）	備考	

上記のとおり相違ないことを証明します。

令和　年　月　日

所在地 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

医療機関等
名称 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

医師又は助産師の氏名 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿ ㊞

上記のとおり申請します。　令和　年　月　日

事務所代表者氏名		
申請人 （組合員）	住所	〒
	電話番号	（　　）
	氏名	㊞
	個人番号	

近畿税理士国民健康保険組合理事長　殿

※ 支給決定金額　　円

【添付書類】①～③を全て添付してください

① ㋑上記「医療機関等の証明欄」に、出産した医療機関等の証明を記したもの、もしくは出生・死産証明書（医師又は助産師の証明があるもの）の写し
㋺市区町村の発行した、出生児の戸籍謄本（原本）
…㋑か㋺のどちらか一点

② 医療機関等から発行される代理契約に関する文書（「直接支払制度に係る代理契約を医療機関等と締結しない旨」及び申請先となる「保険者名」が記載されたもの）の写し

③ 医療機関等から交付される出産費用の領収・明細書の写し（「直接支払制度を用いていない旨」の記載及び「産科医療補償制度の加算対象出産であることを証するスタンプ」の押印がなされているもの）

【注意事項】

・健康保険等の本人として1年以上資格を有し、退職後6ヶ月以内に出産された方は、以前の保険に申請してください。

・他の健康保険等から支給される場合は、支給できません。

※印の欄は記入しないで下さい。