

国民健康保険出産育児一時金支給申請書（差額支給請求書）

年 月 日

山辺町長 殿

世帯主 住 所

氏 名

㊦

電話番号

| | | | | |
|-------------------|----------------|-------------------|-----------------|-----------------|
| 申請金額 (差額支給請求額) | | 円 | | |
| 出産育児一時金の額 A | | | | |
| 内 訳 | 分娩機関直接支払額 B | | | |
| | 差額支給額 A-B | | | |
| 住 所 | | | | |
| 被保険者証の記号番号 | | | | |
| 分娩した被保険者氏名 | | | | |
| 分娩した年月日 | 年月日 | 出産又は死産の別 | 生産・死産(か月) | |
| 出産児の氏名 | | 出産児と世帯主の続柄 | | |
| 振込先 (世帯主の口座) | 金融機関名 | 銀行 協同組合 () | 本店 支店 () | |
| | 口座番号 | | 預金種別 | 普通 当座 () |
| | フリガナ | | | |
| | 口座名義人 | | | |
| 備 考 | | | | |
| 出産(死産)届の照合確認 ㊦ | | | | |

添付書類

- ・ 分娩機関等で発行される費用の内訳明細書
- ・ 分娩機関等と取り交わした直接支払同意書(利用しない場合も証明できる書類を添付してください)

| | |
|---|--------------------------|
| ※ 担当者確認欄 | |
| ・ 分娩機関からの請求書が到達していて、支給決定済みである(この場合は添付書類不要) | <input type="checkbox"/> |
| ・ 産科医療補償に係る分娩である | <input type="checkbox"/> |
| ・ 直接支払について同意されている | <input type="checkbox"/> |
| ・ 同意書中、請求保険者名を記載する欄に山辺町国保が記載されている(重複請求となっていないか) | <input type="checkbox"/> |
| ・ 記載額が適正である | <input type="checkbox"/> |
| ・ 分娩機関等からの請求額 () 円 | <input type="checkbox"/> |