国民健康保険出産育児一時金支給申請書

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 被保険者記号番号 |  | | | | |
| 分娩をした  被保険者名 |  | | 申請者との  続　柄 | |  |
| 新生児名 |  | | 申請者との  続柄 | |  |
| 死産・流産・人工妊娠中絶の場合は、記載は不要です。 | | | | | |
| 出生年月日 | 令和　　　年　　　月　　　日 | | 性別 | | 男・女 |
| 支給金額 | □５００，０００円  （条例第4条第1項ただし書の加算する額がある場合）  　　上記以外  　　□４８８，０００円  □直接支払制度利用による差額（　　　　　　　　　円） | | | | |
| 他の健康保険制度での支給の有無 | * 無　・　□　有　（保険者名　　　　　　　　） | | | | |
| 直接支払制度の  利用の有無 | * 無　・　□　有 | | | | |
| 振　込　先 | 金 融 機 関 名 | | | 支 店 名 | |
| 銀行･農協・信用組合・金庫 | | | 支店・出張所 | |
| 預金の種類 | 口　座　番　号 | | 口　座　名　義　人 | |
| 普通・当座 |  | |  | |

上記のとおり申請します。なお上記の預金口座名義人に振り込むことを承認します。

令和　　　年　　　月　　　日

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　〒

住所

申請者

（世帯主）　　氏名

亀　山　市　長　様

（添付書類）

分娩費領収書又は請求書の写し、直接支払制度合意文書の写し

※50万円の支給申請をする場合は、上記書類に産科医療補償制度対象分娩が

なされたことを証明する所定の印が押印されていることを確認してください。