国民健康保険

出産育児一時金支給申請書

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 被保険者証の  記号番号 |  | | | （世帯主）  申請者の  氏　　名 | (フリガナ) | | |
|  | | |
| 申請者の  住所 | 滑川市 | | | | | 電話番号 |  |
| 出産した人 | | 氏　　　　　　　名 | | | | 生　年　月　日 | |
|  | | | | 年　 　月　 　日 | |
| 出産日 | | 令和　　　　　年　　　　　月　　　　　日 | | | | | |
| 直接支払先医療機関  （出産した医療機関） | | 名　称 | | | | | |
| 所在地 | | | | | |
| 出産育児一時金振込指定金融機関口座 | | | | | | | |
| 金融機関名 | | 支店名 | 預金種別 | 口座番号 | | 口座名義 | |
| 銀行  信金  農協 | | 支店  支所 | 普通  当座 |  | | フ 　リ 　ガ 　ナ | |
|  | |
| ※職員記入欄 | | | | | | | |
| 出産育児一時金　 ① | | | 円 | | | | |
| 医療機関への直接支払い金額 ②  （滑川市から医療機関への直接支払い金額） | | | 円 | | | | |
| 出産育児一時金支給申請額（①－②） | | | 円 | | | | |

滑川市長　あて

　　　令和　　年　　月　　日

上記のとおり、出産育児一時金支給を申請いたします。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ※職員  確認欄 | 資格取得から出産日まで  国保加入期間6か月以上 | 左で無の場合、  国保取得前の状況 | □他の国保  □社保扶養  □社保本人(加入期間１年未満) |
| 有　・　無 |
| 産科保障制度 | 有　・　無 | 【未納】　有　・　無　⇒有の場合税充当(要同意書) |

|  |
| --- |
| 手続きに必要なもの |

・国民健康保険被保険者証

・医師又は助産師が発行した出産証明書等

・産科医療保障制度に加入の場合は、登録証

　（領収・明細書の写しにスタンプ押印でも可）

・振込指定口座通帳

※　差額申請の場合

・医療機関から交付される合意文書の写し

　（直接支払い制度に係る代理契約を医療機関等と締結する旨が記載されているもの）

・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

　（専用請求書の内容と相違ない旨が記載されているもの）

※　全額申請の場合

・医療機関から交付される合意文書の写し

　（直接支払い制度に係る代理契約を医療機関等と締結しない旨、及び申請先保険者名が

滑川市と記載されているもの）

・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

　（直接支払い制度を用いていない旨が記載されているもの）