

国民健康保険出産育児一時金申請書兼請求書

太枠内を記入してください。

| | |
|----------|-----------------|
| 被保険者記号番号 | 中 津 ・ |
| 分娩者の氏名 | |
| 出生児名 | |
| 出産年月日 | 年 月 日 |
| 出産育児一時金 | 円 |

出生時の母の
国保取得年月日

国保取得事由

| | | |
|------------------------------|---------------------------|---------------------|
| 振込金融機関(世帯主名義) | | |
| 金融機関番号() | 店 番() | 口 座 番 号 |
| 銀 行 信用金庫 信用組合 農 協 | 本 店 支 店 出張所 代理店 | 普通 ・ 当座 No.. |

出産育児一時金について、上記のとおり申請します。

令和 年 月 日

中津市長 あて

世帯主 住 所 中津市
フリガナ
氏 名
電話番号 - -

⑩

申請者 住 所 中津市
(世帯主以外の場合) フリガナ
氏 名
電話番号 - -

⑩

※確認欄

| | | |
|--------------|--|----|
| 添付書類 | <input type="checkbox"/> 医療機関等と交わした合意文書(写) | 受付 |
| | <input type="checkbox"/> 領収・明細書(写) | |
| | <input type="checkbox"/> 死産の場合妊娠週数がわかるもの(母子手帳等) | |
| | <input type="checkbox"/> その他() | |
| 直接支払制度の利用の有無 | 有 ・ 無 | |
| 産科医療補償制度の加入 | 有 ・ 無 | |

※計算書

| | |
|---|----|
| <input type="checkbox"/> 産科医療補償制度に加入の場合 一時金 医療機関の受取代理額 支給額 420,000円 - ()円 = 円 | 備考 |
| <input type="checkbox"/> 産科医療補償制度に未加入の場合 一時金 医療機関の受取代理額 支給額 404,000円 - ()円 = 円 | |
| <input type="checkbox"/> 直接支払制度を利用しない場合 産科医療保障制度に加入 産科医療保障制度に未加入 420,000円 404,000円 | |