

## 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	
出産種類・人数	出産 人 流産 人 死産 人
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 — —

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 — —

※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 500,000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 488,000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 500,000円 488,000円	