

国民健康保険出産育児一時金支給申請書

※必要事項の記入又は、欄に (チェック)をお願いします。

被保険者 記号・番号	山 3 -	世帯主氏名	
出生者氏名 (お子さんの氏名)		世帯主から みた続柄	<input type="checkbox"/> 子 <input type="checkbox"/> その他 ()
分娩者氏名 (お母さんの氏名)			<input type="checkbox"/> 妻 <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> その他 ()
分娩月日	年 月 日	分娩の種類	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 死産(妊娠84日以上)
出産場所 (病院名)			

《申請区分》 ※「直接支払制度の差額請求」又は「直接支払制度を利用しない場合の請求」のいずれかに記入してください。

産科医療補償 制度について	・産科医療補償制度に加入の医療機関等で出産した場合は、500,000円 ・産科医療補償制度に未加入の医療機関等で出産した場合は、488,000円 ・在胎週数第22週以前の出産(死産・流産を含む)は、産科医療補償制度の対象外となるため、488,000円		
直接支払制度 の差額請求	医療機関等の領収書金額 《請求金額》 <input type="checkbox"/> 488,000円 - _____ 円 = _____ 円 <input type="checkbox"/> 500,000円	直接支払制度 を利用しない 場合の請求	《請求金額》 <input type="checkbox"/> 488,000円 <input type="checkbox"/> 500,000円

《支払口座》 ※世帯主以外への支払の場合は、委任状が必要です。

金融機関名	<input type="checkbox"/> 銀行 <input type="checkbox"/> 農協 <input type="checkbox"/> 漁協 <input type="checkbox"/> 信用金庫 <input type="checkbox"/> 労働金庫	<input type="checkbox"/> 本店(所) <input type="checkbox"/> 支店(所) <input type="checkbox"/> 出張所	預金 種別 <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座 <input type="checkbox"/> その他 ()
ゆうちょ銀行	記号	番号	口座 番号
フリガナ			
口座名義人			世帯主から みた続柄 <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 妻 <input type="checkbox"/> その他 ()

上記のとおり申請します。

令和 年 月 日

《世帯主》

(住所) 〒 _____
 山口市

(氏名)

(個人番号)

(電話)

山口市長 様

《申請時の添付資料等の職員確認欄》

■直接支払制度の差額請求

- 出産費用の領収・明細書
- 直接支払制度合意文書(医療機関と本人の合意)
- (死産の場合) 死産を証明する書類(死産届の写し等)
- 委任状(支払先が世帯主以外の場合のみ)

■直接支払制度を利用しない場合の請求

- 出生を証明する書類
 - 母子手帳 出生届 死産届 住民届
- 出産費用の領収・明細書
- 委任状(支払先が世帯主以外の場合のみ)

番号法 による 確認	番号確認(本人)		身元確認(本人または代理人)				代理権確認
	<input type="checkbox"/> 個人カード <input type="checkbox"/> 通知カード その他 ()	1点	<input type="checkbox"/> 個人力 その他 ()	<input type="checkbox"/> 運免	<input type="checkbox"/> パス	<input type="checkbox"/> 手帳	
有無	()	2点	<input type="checkbox"/> 健保	<input type="checkbox"/> 介護	<input type="checkbox"/> 年金	その他 ()	()