

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	島 83-	世帯主氏名					
分娩（予定）日	年 月 日						
分娩者の氏名				世帯主との続柄			
個人番号							
出生児氏名				性別	男・女	世帯主との続柄	
個人番号							
医療機関名	名称						
	住所						
分娩の種類	1. 正常・早産（妊娠 ヶ月）			3. 流産（人口流産を含む）			
	2. 差額支給			4. 死産			
世帯主に対する支払金融機関の欄							
金融機関名	本店・支店名		預金種別		口座番号		
			総合・普通				
上記のとおり申請します。 年 月 日 住 所 大熊町大字 字 申請者（世帯主） 氏 名 印 個人番号(12桁) 電話番号 () 大熊町長 様							
注：出生届を提出する際には、分娩費請求書も提出してください。 直接支払制度利用の場合、分娩費用が42万円を下回った場合には上記に記載のある世帯主の口座に差額を支給し、未利用の場合は出産育児一時金42万円を支給します。							
事実確認	<input type="checkbox"/> 差額支給			<input type="checkbox"/> 領収・明細書の写し			
	<input type="checkbox"/> 直接支払制度未利用			<input type="checkbox"/> 領収・明細書の写し			
※市町村処理欄	差額支給の有無		有 ・ 無		支給決定額	円	
					医療機関分	円	
	決定伺	課長	補佐	係長	係	同 年 月 日	年 月 日
						決裁年月日	年 月 日
	被保険者資格・資格取得届			有 ・ 無		支給整理簿の整理	
受付	大熊	会津	郡山	いわき	郵送	本人確認 個人番号確認	

※欄は、申請者は記入しないこと。