

国民健康保険出産育児一時金支給申請書

令和 年 月 日

常滑市長 殿

世帯主 住所 常滑市
氏名
電話

次のとおり申請します。

被保険者証番号					
出産した被保険者(母)の氏名		出 産 年月日	令和 年 月 日		
生まれた子の氏名			世 帯 主 との続柄		
出 産 の 種 類	正 常・双生児 早 産・死 産（１２週以上）				
出産した医療機関等	所在地				
	名称			産科医療補償制度登録証	
				有 ・ 無	
請 求 額 (A)	円	請求額 内 訳	出産育児一時金 円 加算金 円 (産科医療補償制度対象分娩の場合)		
直 接 支 払 額 (B)	円	差額支給額 (A)－(B)	円		
振込 口座	金融機関名	銀 行 農 協 信 金 その他 本店 支店			
	口座番号	普通・当座		名義人（カタカナ）	

＊加算金を申請する場合は、領収書又は請求書（産科医療補償制度対象分娩であることを示す印が押印されたもの）が必要です。