

決 裁	市 長	副 市 長	部 長	課 長	課 長 補 佐	係 長	係 員
	課長専決						

様式第1号(第12条関係)

注 太線枠内は請求者は記入しないこと。

<h2 style="margin: 0;">国民健康保険出産育児一時金支給申請書</h2>				
年 月 日				
吉野川市長 様				
住 所 請求者 氏 名 (世帯主) (電話番号)				
被保険者証の 記号番号	吉野川		ふりがな	
			分娩した被保険者の 氏名	
乳 児	ふりがな	記入不要です。	男 女 の 別	生年月日(分娩年月日)
	氏 名		男 ・ 女	年 月 日
申 請 金 額	円 ※ 産科医療補償制度に加入する医療機関等において出産した場合は、42万円 (加入していない医療機関等での出産の場合は40万4千円) ※ 直接支払制度利用の場合は、上記金額から医療機関等が代理受領した金額との差額 (上記金額－医療機関等での分娩費)			
上記を確認した書類及び確認した職員の印				
1 出生届書		2 その他 ()		確認印
支 払 方 法 等	1 窓口払			
	上記の申請金額を確かに受領しました。 年 月 日 氏 名 ①			
	2 口座振替			
	金融機関名	本・支店名	預金種別	口座番号
		普・当		口座名義人氏名 (カタカナで記入)

★添付書類 ★出産育児一時金 _____ 円の内訳

領収書 診療明細書 連合会へ支払分 _____ 円
 直接支払制度の合意文書の写し 被保険者へ支払分 _____ 円

※直接支払制度利用の場合

医療機関等からの専用請求書が市役所に届くまで、1～2月かかりますので、差額分の支払(振込)はその後となります。

※直接支払制度利用しない場合(医療機関等において、分娩費全額を支払った場合)

退院する時に医療機関等から交付される『分娩費用の内訳を記した明細書の写し』及び医療機関等と締結した『直接支払制度合意文書の写し』を添付してください。

※受取代理制度利用の場合

明細書、合意文書、領収書等の添付は不要です。