

課長	リーダー	主担当	副担当	副担当

国民健康保険出産育児一時金支給申請書

平成 年 月 日

南幌町長 様

世帯主 住所 南幌町 _____

氏名 _____ (印)

電話番号 (_____)

下記のとおり出産育児一時金の支給を申請します。

支給申請金額	<input type="checkbox"/> 医療機関等への直接支払制度を利用しなかった場合	420,000 円	
	<input type="checkbox"/> 医療機関等への直接支払制度を利用し差額が生じた場合 ※詳細を裏面差額計算書に記載してください。	差額 () 円	
被保険者証 記号番号	南幌	分娩者の氏名 (生年月日)	(昭・平 年 月 日)
		個人番号	
出産年月日	平成 年 月 日	分娩の種類	正常・死産 (カ月)
出産児名		世帯主と出産 児との続柄	
個人番号			
出産した 医療機関			
振込口座等	金融機関名	銀行・農協 信用金庫	本店・本所 支店
	口座番号		口座の 種類
	フリガナ		
	口座名義人		
出産事実の確認	1. 住民情報 2. 出生届 3. 母子手帳 4. その他	確認者 印	

①出産育児一時金は、国民健康保険被保険者が出産した場合に支給されます。ただし、他の法律の規定によって、出産育児一時金に相当する給付を受けることができる場合は、支給されません。

例) 社会保険の被保険者期間継続して1年以上ある方が、資格喪失後(退職後)6ヶ月以内に出産したときは、社会保険から支給になりますので、国民健康保険からの出産育児一時金は支給されません。

②出産費領収書(産科医療補償制度対象分娩であることを証明する印の押されたもの)を添付してください。

《差額計算書》

医療機関等への直接支払制度を利用し差額が生じた場合

①	出産育児一時金支給額	420,000 円
②	出産にかかった金額 (領収・明細書の金額)	円
	差額支給申請金額 (① - ② の金額)	円