

国民健康保険出産育児一時金（差額分）支給申請書

年 月 日

伊方町長 様

世帯主 住所 伊方町

氏名

連絡先 () -

下記のとおり申請いたします。

被保険者証の記号・番号										
出生児関係事項	母の氏名	(カカナ)			資格取得年月日	年 月 日				
	分娩年月日		年	月	日	分娩の種類	出産	死産(満22週以降)	流産(満12週以降)	
	出生児の氏名	(カカナ)			世帯主と出生児の続柄					
	出産した医療機関	名称								
		所在地	〒	-						
出産にかかった費用… A * 医療機関が発行した明細書等の「合計額」を記載	円				差額分支給申請額	円				
					* 42万円 (または40.8万円) - A					

* この申請書は、出産育児一時金等の直接支払制度を利用し、医療機関等での出産費用が42万円（産科医療補償制度に未加入の医療機関等において出産した場合は40.8万円）に満たなかった場合、その差額の支給を申請するためのものです。

* この申請書には、出産した医療機関が発行した **出産費用の領収・明細書（出産費用の内訳が記載されているもの）**・**直接支払制度を利用する（直接支払制度を利用しない）旨を記載した合意文書の写し**を必ず添付してください。

※下記の口座に振込みをお願いします。（世帯主名義のもの）

振込指定金融機関		種目	口座番号				口座名義(カタカナ)
銀行	本店(所)	1 普通					
農協	支店(所)	2 当座					
信漁連	出張所						

上記申請のとおり支給決定してよろしいかお伺いします。

町長	副町長	課長	室長			税務室