

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。

記号番号									
出生児関係事項	母の氏名	(カタカナ)				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	(カタカナ)				世帯主と出生児の続柄			
	出産した医療機関	名称							
		所在地	〒 ー						
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 * 50万円（または48.8万円）－ A		円			

- * 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40.4万円）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 農協 信漁連	本店(所)	1 普通		
	支店(所)			
	出張所	2 当座		

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	課長補佐			税 務 係