

国民健康保険出産育児一時金支給申請書(差額支給請求書)

年 月 日

寒河江市長 様

世帯主 住 所  
氏 名  
電話番号

申 請 金 額 (差額支給請求額)		円						
出産育児一時金の額 A								
内 訳	分娩機関直接支払額 B							
	差 額 支 給 額 A-B							
被 保 険 者 記 号・番 号								
分娩した被保険者氏名								
分 娩 し た 年 月 日		年	月	日	出産又は死産の別	生産・死産( 月)		
出 産 児 の 氏 名					出産児と世帯主との続柄			
振 込 口 座 等	金 融 機 関 名	・ 銀行・信用組合 ・ 農協・労働金庫 ・ 信用金庫					・ 本店 ・ 支店 ・ 支所	
	口 座 番 号 (右詰で記入)							口座の 種 類
	フリガナ							
	口 座 名 義 人							
※世帯主以外の方の口座に振込を希望される場合は、次の受取委任の欄に記入してください。								
本申請に基づく給付金の受領に関する権限を委任します。 年 月 日								
世帯主 住 所 氏 名								
代理人 住 所 氏 名								
備 考					出産(死産)届との照合確認			

添付書類

- ・ 分娩機関等で発行される費用の内訳明細書
- ・ 分娩機関等と取り交わした直接支払同意書(利用しない場合も証明できる書類を添付して下さい。)