

綾町国民健康保険 出産育児一時金申請書兼請求書

世帯主氏名		被保険者証 記号番号	—
分娩者氏名		世帯主との 続柄	
出生児氏名		分娩年月日	令和 年 月 日
出産育児一時金 医療機関直接支払制度	<input type="checkbox"/> 利用している <input type="checkbox"/> 利用していない		
出産育児一時金	円 (直接支払制度利用分) 円		

上記のとおり出産育児一時金の支給を申請します。

令和 年 月 日

綾町長様

○ 申請者

住所

氏名

印

電話番号

—

—

○ 代理人

住所

氏名

印

振込先	金融機関名	支店名	普通 当座	口座番号	口座名義人（カタカナ）
	銀行 農協 信金	本店 本所 支店			

確認事項

- ☐ 申請者本人確認 免許証 ・ 保険証 ・ その他（ ）
- ☐ 分娩者の資格 資格取得日（ 年 月 日）  
※国民健康保険に加入する前に健康保険等に参加していた方（健康保険の加入期間が1年以上あり、退職後半年以内に出生した場合。被扶養者は除く）は以前加入していた健康保険への申請になります。）
- ☐ 振込方法 口座振込 ・ 窓口払い
- ☐ 添付書類
- ・ 出産一時金の医療機関直接支払制度利用の同意書（直接払利用時）
  - ・ 分娩費用明細書
- ※ 産科医療補償制度について ☐ 加入 ☐ 未加入