

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	<input type="checkbox"/> 申請者本人確認	免許証 · 保険証 · その他 ()
	<input type="checkbox"/> 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加入していた方(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産した場合。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。)
	<input type="checkbox"/> 振込方法	口座振込 · 窓口払い
	<input type="checkbox"/> 添付書類	<ul style="list-style-type: none"> · 出産一時金の医療機関直接支払制度利用の同意書(直接支払利用時) · 分娩費用明細書 ※産科医療補償制度について <input type="checkbox"/> 加入 <input type="checkbox"/> 未加入