

国民健康保険出産育児一時金請求書

出産者の 記号番号	○○○○○○○○	出産者の 個人番号	○○○○○○○○○○○○○○○		
出産年月日	○○年○○月○○日	出産の種類	(生産) 死産 (満週)	丸付け	
出産者の氏名	岐阜 花子	世帯主の氏名	岐阜 太郎		
		世帯主の個人番号	○○○○○○○○○○○○○○○		
出生児の氏名	岐阜 姫	世帯主からみた 出生児の続柄	子		
<input type="checkbox"/> 出生届・出生証明書 <input type="checkbox"/> 母子手帳 <input type="checkbox"/> 死胎埋火葬許可証 <input type="checkbox"/> その他					確認者
分娩機関へ国民健康保険からの支払金額					円
請求金額		4 0 4 , 0 0 0 円			
(あて先) 岐阜市長 上記のとおり請求します。 ○○年○○月○○日 請求者 住所 岐阜市今沢町18 氏名 岐阜太郎 個人番号 ○○○○○○○○○○○○○○ 電話 265 - 4141					
押印					
請求者と口座名義人が違う場合は、請求者 下記口座名義人への振込を承諾します。					
振込先 金融機関名		銀行・信用金庫 農協・信用組合	岐阜 太郎	氏名	押印
口座番号		フリガナ	ギフ ハナコ	預金 種目	<input checked="" type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座
1	2	3	4	5	6
口座名義人			岐阜 花子		

確認事項

- 直接支払制度を活用していない
- 産科医療補償制度対象分娩でなく、直接払いを活用していない
- 在胎週数12週以上である

添付書類

- 申請受取に係わる代理契約書の写し
- 費用の内訳を記した明細書
(ただし自宅、海外での分娩等では添付書類無し)

チェック

- 記入漏れ
- 印鑑押印

受付年月日	受付者	受付場所
年 月 日		国 西 東 北 南 南 日 柳 保 部 部 部 部 部 光 津