

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)																										
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 2 0 , 0 0 0 円																											
(あて先) 岐阜市長 上記のとおり請求します。 <div style="text-align: center; margin-bottom: 10px;"> ○○年○○月○○日 </div> <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 20%;">請求者</td> <td style="width: 20%;">住所</td> <td style="width: 20%;">岐阜市今沢町18</td> <td style="width: 20%;"></td> <td style="width: 20%;"></td> <td style="width: 20%;"></td> </tr> <tr> <td></td> <td>氏名</td> <td>岐阜 太郎</td> <td></td> <td style="text-align: center;">押印</td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td>個人番号</td> <td>○○○○○○○○○○○○○○○</td> <td></td> <td style="text-align: center;">印</td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td>電話</td> <td>265 - 4141</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table> <div style="text-align: right; margin-top: 10px;"> 捨印 </div>						請求者	住所	岐阜市今沢町18					氏名	岐阜 太郎		押印			個人番号	○○○○○○○○○○○○○○○		印			電話	265 - 4141			
請求者	住所	岐阜市今沢町18																											
	氏名	岐阜 太郎		押印																									
	個人番号	○○○○○○○○○○○○○○○		印																									
	電話	265 - 4141																											
請求者と口座名義人が違う場合は、 丸付け 請求者 下記口座名義人への振込を承諾します。氏名 岐阜 太郎 押印																													
振込先金融機関名	○○	銀行・信用金庫 農協・信用組合	○○○	支店出張所	預金種目																								
					<input checked="" type="checkbox"/> 普通当座 <input type="checkbox"/> 当座																								
口座番号		フリガナ	ギフ ハナコ																										
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
(加算対象分娩である印が押印してあるもの)

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 東 西 光 津