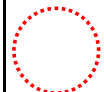


## 国民健康保険出産育児一時金請求書

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	世帯主の氏名		
	世帯主の個人番号		
出生児の氏名	世帯主からみた 出生児の続柄		
<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
<b>請求金額</b>		<b>4 2 0 , 0 0 0 円</b>	
(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  氏 名 <span style="float: right;">印</span> 個人番号 電 話			



請求者と口座名義人が違う場合は、		請求者	印
下記口座名義人への振込を承諾します。		氏 名	
振込先 金融機関名	銀行・信用金庫 農協・信用組合	店 出張所	預金 種目 <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座
口 座 番 号	フリガナ		
	口 座 名 義 人		

**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