国民健康保険出産育児一時金支給申請書

京丹後市長 様

		申請日	令和 年 月 日
申請者 (世帯主)	住所	京丹後市	
	氏名		電話番号

被保険者 記号及び番号	丹 一		
被保険者氏名 (母親)		生年月日	昭和・平成・令和 年 月 日
生産・死産	生産 ・ 死産 (週)	出産費用 (医療機関の 領収総額)	円
出生児氏名		出産日	平成・令和 年 月 日
医療機関	名称		
	所在地		

支払場所の 指定	振込先金融機関名		預金種別
	銀行 信用金庫 農 協 ()		本店 普通 支店 当座
	口座番号	フリガナ	
		口座名義人	

申請者と口座名義人が異なる場合は、口座名義人に領収を委任したものとみなします。

※ 以下の欄には記入しないでください。

資格 確認	取得	昭和・平成・令和 年 月 日	→ 申請から6か月以内の国保取得（あり ・ なし） → 社保（本人）離脱での国保取得（あり ・ なし）	
	喪失	昭和・平成・令和 年 月 日	支給算定	窓口徴収額 円
添付書類の確認	☐ 直接支払制度の合意文書			産科医療補償 制度加入
	☐ 出産（分娩）費用明細書			なし (48万8千円)
備考			差額支給額	円

支給申請受付入力（NewTRY-X II）