

第2号様式

国民健康保険出産育児一時金内払金（差額）申請書

被保険者証 記号・番号	山6-	世帯主氏名			
出産者氏名		個人番号			
		世帯主との 続柄			
出生児 氏名		性別	男・女		
出生 年月日	年 月 日 (死産の場合、妊娠経過期間 週)				
出産した 医療機関	名称				
	所在地				
出産費用 (病院の領収総額)	円				
上記のとおり申請します。 (宛先)防府市長 年 月 日 申請者 住 所 (世帯主) 氏 名 個人番号 (TEL ー)					
振込先 金融機関名	銀行 信金 信組 労金 農協 漁協	支店 支所	普通	口座番号	
			当座	(フガナ) 口座名義	

※この内払金（差額）は、被保険者の出産に関し、直接支払制度により国民健康保険が直接医療機関等に支払う出産育児一時金の限度額（産科医療補償制度加入機関での出産は50万円、その他の場合は48万8千円）を下回った場合に、その下回った金額を申請者に支払うものです。

【添付書類及び注意事項】

- 1 申請にあたっては、医療機関等が発行する「領収・明細書」の写し、医療機関等との「直接支払制度利用の合意文書」の写しを添付してください。
- 2 世帯主以外の口座に振込を希望される場合は、委任状が必要になります。

			取扱者	係長	課長補佐	課長
支給額	円	内 訳	申請者支払額		円	
			医療機関等支払額		円	