



国民健康保険出産育児一時金支給申請書

被保険者記号・番号		
出産した被保険者の氏名		
出 産 年 月 日	年	月 日
出 生 児 の 氏 名		
死 産	在胎 週	死産年月日 年 月 日
請 求 金 額	円	
申 請 区 分	全額申請(直接支払制度を利用しない) ・ 差額申請(直接支払制度を利用)	
必要書類を添えて上記のとおり申請します。 年 月 日 住所 廿日市市 _____ 世帯主 フリガナ _____ 氏名 _____ 電話番号() _____ 廿日市市長 様		

※以下市記入欄

台帳確認	<input type="checkbox"/> 国保資格確認（ <input type="checkbox"/> 他保加入6ヶ月確認）				
確認書類	<input type="checkbox"/> 親子(母子)健康手帳 <input type="checkbox"/> 直接支払制度利用合意(不活用)文書の写し ※直接支払制度不活用欄の確認 <input type="checkbox"/> 不活用欄に <input checked="" type="checkbox"/> あり → 全額申請 <input type="checkbox"/> 不活用欄空欄 → 差額申請 <input type="checkbox"/> 出産費用の領収・明細書 ※産科医療補償制度(スタンプ)確認 <input type="checkbox"/> 対象 <input type="checkbox"/> 対象外 直接支払制度 <input type="checkbox"/> 全額申請(不活用) <input type="checkbox"/> 差額申請				
支払方法	<input type="checkbox"/> 口座振込(口座振替依頼書) <input type="checkbox"/> 窓口払(現金払)				
収納状況	<input type="checkbox"/> 完納 <input type="checkbox"/> 税制収納課確認()				
台帳入力	<input type="checkbox"/> 申請受付 <input type="checkbox"/> 支給決定 <input type="checkbox"/> 支給済 <input type="checkbox"/> 不支給決定				
決定通知	<input type="checkbox"/> 支給決定通知 <input type="checkbox"/> 不支給決定通知				
支給日	_____年 月 日		<table border="1"> <tr> <td>受付</td> </tr> <tr> <td style="height: 40px;"></td> </tr> </table>	受付	
受付					