

# 国民健康保険 出産育児一時金支給申請書

記入例

被保険者証記号番号	薬国	9	9	9	9	-	9	9	9	-	9	9	9					
母親の氏名 及び生年月日	薬国 花子					母親の個人番号（マイナンバー）												
	昭和・平成	99	年	99	月	99	日	1	1	1	1	2	2	2	2	3	3	3
分娩年月日	令和 99年 99月 99日																	
分娩の種類	<input checked="" type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 早産（ 週） <input type="checkbox"/> 流産（ 週） <input type="checkbox"/> 死産（ 週）																	
直接支払制度	<input checked="" type="checkbox"/> 利用している <input type="checkbox"/> 利用していない																	
産科医療補償制度加算	<input checked="" type="checkbox"/> 有り <input type="checkbox"/> 無し																	

上記のとおり申請いたします。

\*記入された年月日

令和 99年 99月 99日

\*組合員本人がご記入ください

申請者 住所 大阪市中央区和泉町〇丁目〇番〇号  
(組合員)

氏名(自署) 薬国 太郎

電話番号 06 (6000) 0000

申請者の個人番号（マイナンバー）

5 5 5 5 6 6 6 6 7 7 7 7

近畿薬剤師国民健康保険組合理事長 様

振 込 先 欄	金融機関名	国保	銀行・信用金庫 農協・信用組合	薬国	本店	支店					
	預金種目	普通	当座	口座番号	9	9	9	9	9	9	9
	フリガナ	ヤクコク タロウ									
	口座名義人	薬国 太郎 *組合員本人又は出産した母親名義の口座をご記入ください									

直接支払制度を利用していない場合は、以下3点の書類を添付してください。

1. 出産の事実を証明できる、母子健康手帳 出生届出済証明欄の写し。  
※流産・死産の場合は妊娠週数12週以上の出産を確認できるページの写し。
2. 医療機関等から交付された、直接支払制度を利用しない旨を記載した合意文書の写し。
3. 産科医療補償制度に加入する医療機関等において出産した場合は、制度加入機関であることを証明するスタンプが押印されている領収書の写し。

※(事務処理欄)

受 付 印	出産育児一時金の額 (A)	<input type="checkbox"/> 500,000円 <input type="checkbox"/> 420,000円 <input type="checkbox"/> 488,000円 <input type="checkbox"/> 408,000円						
	医療機関直接支払額 (B)	円	差 額 支 給 額 (A)-(B)	円				
	支 給 決 定 金 額		決 裁	理 事	事 務 長	課 長	主 担 当	副 担 当
	¥			令和 年 月 日 決定				