

国民健康保険出産育児一時金差額支給申請書

被保険者証記号番号							
出産者の氏名 及び生年月日	年 月 日			第一種組合員 との続柄			
個人番号							
※個人番号は、資格取得または資格確認の際提出したものと同一番号の場合は“記載不要”							
出産者の現住所	〒 ー						
出産年月日	令和	年	月	日	分娩の種類	生産・死産（妊娠 ヶ月）	
双子以上の場合	双子・三つ子・それ以上（ っ子）						
出産児の氏名					出産児の性別	男・女	
請求金額	¥ (※)						
(※) 医療機関等が請求した代理受取額が500,000円（産科医療補償制度に加入していない医療機関等の場合は488,000円）未満の場合、これらの額と代理受取額との差額が請求金額となります。							
上記のとおり申請します。							
令和 年 月 日							
住 所							
第一種組合員 医療期間名							
氏 名							
(印)							
山梨県医師国民健康保険組合理事長 殿							

☆添付書類

- 各病院等の入院予約時などに妊婦と交わす直接支払制度合意文書の写し
- 医療機関等から交付される出産費用の内訳が記載された領収・明細書

振込を希望する組合員の口座

金融機関名	銀 行 信用金庫 信用組合	本 店 ・ 支 店
口 座 名	(フリガナ)	
種別・番号	普 通 (総合) ・ 当 座 ・ 貯 蓄	No.