

承認 決議 欄	理事長	副理事長 兼 常任理事	理 事	事務長	課 長	係 長	担 当

国民健康保険出産育児一時金支給申請書（差額分）

被 保 険 者 証 記 号 ・ 番 号	— —	出 産 し た 被 保 険 者 氏 名	
出 産 児 の 氏 名		組 合 員 と の 続 柄	
出 産 年 月 日	平成 年 月 日	午前・午後	時 分
出 産 の 場 所			
出 産 の 種 類 (○で囲むこと)	正 常 ・ 早 産 (箇 月) ・ 流 産 (箇 月) ・ 死 産		
出 産 育 児 一 時 金 額 ①	404,000 円 ----- ※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 420,000 円		
※支給（清算）済額 ②	円		
※差額支給決定金額 (①-②)	円		
振 込 希 望 銀 行	銀 行 信用金庫 信用組合	本店 支店	口座番号 普通・当座
(フリガナ) 口 座 名 義			

上記のとおり申請します。

※ 医療機関等から交付された費用の内訳が記載された領収・明細書の写しを添付して下さい。また、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所定のスタンプ印を受けた領収・明細書の写しを添付して下さい。

平成 年 月 日

(〒 —)

住 所

第 1 種 組 合 員 連 絡 先 電 話 号 数 — —

氏 名

印

岩手県医師国民健康保険組合 理事長 様

「※」印欄は記入しないで下さい