# 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<br>昭和・(平成) 99 年 99 月 99 日 | 母親の個人番号（マイナンバー） | | | | | | | | | | | | |
| | | 1 | 1 | 1 | 1 | 2 | 2 | 2 | 2 | 3 | 3 | 3 | 3 | |
| 分娩年月日 | 令和 99年 99月 99日 | | | | | | | | | | | | | |
| 分娩の種類 | ☑正常　□早産（　週）　□流産（　週）　□死産（　週） | | | | | | | | | | | | | |
| 直接支払制度 | ☑利用している　□利用していない | | | | | | | | | | | | | |
| 産科医療補償制度加算 | ☑有り　□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（組合員）　住 所　大阪市中央区和泉町〇丁目〇番〇号

氏 名（自署）　薬 国 太 郎　　電話番号　06（6〇〇〇）〇〇〇〇

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<br>農協・信用組合 | 薬 国 | 本店・(支店)<br>出張所 | | | | | | | |
| 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） | □５００，０００円　□４８８，０００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 | 室長 | 課長 | 主担当 | 副担当 |
| | ¥ | | | | | | |
| | | 令和　年　月　日決定 | | | | | |