

承認決議欄	理事長	副理事長	常任理事	理事	事務長	課長	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	令和 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	488,000 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 500,000 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	本店	口座番号
	信用組合	支店		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。

令和 年 月 日

(〒 —)

住 所

第1種組合員連絡先 氏 名

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