

出産育児一時金 **支給** 申請書 差額支給

記号番号	78	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
------	----	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

出生 児 事 項	フリガナ 母親氏名	トウシヨク 東 食	ハナコ 花 子	昭和 〇 〇 年 〇 月 〇 日 平成 〇 〇 年 〇 月 〇 日 ← 母親取得年月日
	フリガナ 出生児氏名	トウシヨク 東 食	トモコ 友 子	平成 〇 〇 年 〇 月 〇 日 ← 分娩年月日
	分娩種類	1. 正常 2. 帝王切開等（ベビーセット送付） 3. 異常（ ヶ月・ベビーセット送付不要）		産科医療補償 制度加算 1. 有 0. 無
	出生児資格	1. 有 2. 無	← 取得年月日 平成 〇 〇 年 〇 月 〇 日	性別 1. 男 2. 女 3. 不詳

医師の証明欄

上記のとおり分娩の事実を証明します。

平成 〇 〇 年 〇 月 〇 日

医療機関名 所在地 医師名

印

上記の証明又は医師の出生証明書を添えて出産育児一時金を申請いたします。
下記の金融機関口座へお振込下さい。振込入金を以て受領と認めます。
尚、この用紙に記載した事項については、「個人情報の取扱について」を確認し同意いたします。

平成 〇 〇 年 〇 〇 月 〇 〇 日 組合員住所 東京都渋谷区神宮前〇-〇-〇

東京食品販売国民健康保険組合 殿 組合員氏名 東 食 太 郎 連絡先電話番号 〇〇 - 〇〇〇〇 - 〇〇〇〇

振込先 口座	金融機関名	東 食 銀行・信用金庫・信用組合・農協 渋谷 本店 支店	
	銀行コード	支店コード	〇 〇 〇
	種 目	1. 普通 2. 当座 4. 貯蓄	口座番号
	フリガナ 名 義 人	トウシヨク 知ウ 東 食 太 郎	

※「ゆうちょ」銀行の口座への振込をご希望の方は、振込用の店名・口座番号をご記入ください。

支給決定額	円
支給決定年月日	平成 〇 〇 年 〇 月 〇 日

決裁欄	所長	課長	処理欄	入力	確認	受付番号	扱 者	受 付 印
-----	----	----	-----	----	----	------	-----	-------

母親氏名と保険証に記載された資格取得年月日をご記入下さい。

出生児氏名と分娩日をご記入下さい。

産科医療補償制度に加入している病院等で出産した場合は加算があります。

当組合に加入の有り無しと資格取得の年月日をご記入下さい。

母子健康手帳の写しが添付されている場合は医師の証明は必要ありません。

組合員名義でご申請下さい。

必ず押印下さい。（スタンプ印不可）

必ず組合員名義の振込先口座を記入下さい。

出産育児一時金のご申請は

- 被保険者の方が出産し「医療機関等への直接支払制度」を利用しなかった場合と、「直接支払制度」を利用したが出産費用が支給額未満だった場合は、組合員の申請にもとづき、出産育児一時金を支給します。
 - 「直接支払制度」を利用しなかった場合の手続きは、
 - 母子健康手帳（「表紙」、「出生届出済証明」、「出産の状態」のページ）の写し又は出生証明書
 - 医療機関等から交付される直接支払制度を利用しない内容の合意文書の写し
 - 直接支払制度を利用しない内容の出産費用の領収・明細書の写し（産科医療補償制度に加入している医療機関等で出産した場合、そのことを証明するスタンプ印が押されているもの）を添付の上、資格取得手続き、加入保険料と併せて管轄の総合事務所窓口へご提出下さい。その他ご持参頂くものは、世帯全員・続柄・個人番号記載の住民票、身分を証明できる書類、印鑑、保険証です。
- 「直接支払制度」を利用したが出産費用が支給額未満だった場合は、当国保組合より該当された方に「直接支払制度に伴う、差額支給のお知らせ」をお送りしますので、差額支給のお知らせを添付の上、管轄の総合事務所窓口へご提出下さい。

※ 時効については国保法に基づき2年です。