

支給申請書  
出産育児一時金 (差額支給請求書)

年 月 日

西川町長 殿

世帯主 氏 名 ㊟

申請金額 (差額支給請求額)		円		
出産育児一時金の額 A				
内 訳	分娩機関直接支払額 B			
	差額支給額 A-B			
住所				
被保険者証の記号番号				
分娩した被保険者氏名				
分娩した年月日		年 月 日	出産又は死産の別	生産・死産 ( か月)
出産児の氏名		出産児と世帯主の続柄		
振込みを希望する口座	金融機関名	店名	預金種別	口座番号
備考				
出産(死産)届の照合確認 ㊟				

添付書類

- ・ 分娩機関等で発行される費用の内訳明細書
- ・ 分娩機関等と取り交わした直接支払同意書(利用しない場合も証明できる書類を添付してください)

※ 担当者確認欄	
・ 分娩機関からの請求書が到達していて、支給決定済みである (この場合は添付書類不要)	<input type="checkbox"/>
・ 産科医療補償に係る分娩 である	<input type="checkbox"/>
・ 直接支払について同意されている	<input type="checkbox"/>
・ 同意書中、請求保険者名を記載する欄に〇〇市(町村)国保が記載されている (重複請求となっていないか)	<input type="checkbox"/>
・ 記載額が適正である	<input type="checkbox"/>
・ 分娩機関等からの請求額 ( ) 円	<input type="checkbox"/>