

## 出産育児一時金支給申請書 (差額支給用)

出産者及び出生児に関する事項	被保険者証	記号	38	番号											
	出産者	<input type="checkbox"/> 組合員 <input type="checkbox"/> 組合員家族    [ 家族の場合はその方の氏名 ]													
		生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和	年	月	日	個人番号 (マイナンバー)								
	ふりがな 出生児名						個人番号 (マイナンバー)								
	出産した年月日	令和	年	月	日	出産の区分	<input type="checkbox"/> 生産 <input type="checkbox"/> 死産 <input type="checkbox"/> 生産・死産混合								
生産の場合の 出生児数	人	死産の場合の 死産児数	人	産科医療保障制度		<input type="checkbox"/> 加入医療機関 <input type="checkbox"/> 未加入									
A 出産育児一時金額 (産科医療保障制度加入医療機関における分娩)						470,000円		確認 <input type="checkbox"/>							
B 直接支払制度請求額 (国保連合会支払分)						420,000円		支給日: 令和 年 月 日							
C 直接支払制度請求額が 42万円未満の場合、その実額						円		確認 <input type="checkbox"/>							
※ A-B 差額支給額 (ただし、直接支払制度を利用しない分娩についてはA額を支給し、直接支払制度請求分42万円未満の分娩についてはA-C額を支給する。)						※ 円		支給日: 令和 年 月 日							
振込希望口座						銀行 信金 信組	支店 支所	店番コード							
	預金種別	<input type="checkbox"/> 1.普通 <input type="checkbox"/> 2.当座		口座番号											
	口座名義 (か)														
上記のとおり申請します。 令和 年 月 日 住所 組合員 _____ 氏名 _____ 個人番号 (マイナンバー) _____															
千葉県薬剤師国民健康保険組合理事長 様															

- 申請時に添付するもの
- ① 医療機関と取り交わした直接支払制度に関する合意文書 (写)
  - ② 医療機関から交付された「領収・明細書」 (写)
  - ③ 出生児が、当組合へ加入する場合は「資格取得届」及び住民票 (原本)
  - ④ 申請者、出産者、出生児のマイナンバー確認書類 (写)

理事長	常務理事	事務長	給付担当	受付