

国民健康保険出産育児一時金請求書(差額・全額申請用)

令和 年 月 日

(宛先)旭川市長

申請人 住所

(世帯主) 氏名

電話番号 ()

出産育児一時金の支給について、次のとおり請求(差額・全額申請)します。

| | | |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------|------------------|
| 被保険者記号・番号 | 旭 | 分娩した医療機関等 |
| 分娩者 | 氏名 | 所在地 |
| | 生年月日 | 昭和・平成 年 月 日 |
| | 分娩年月日 | 令和 年 月 日 |
| | | 名称 |
| | | 分娩週数(週) (出産・死産) |
| 出産育児一時金総額 | ¥ 000円 | |
| 今回請求金額 | 円 | |
| 条例第5条ただし書きに <input type="checkbox"/> 該当(添付書類・医療機関等で確認)・ <input type="checkbox"/> 非該当 (添付書類 産科医療補償制度登録証・領収書・請求書・明細書・合意文書) | | 受付者 |

(支給金額計算書)

出産育児一時金の額 _____ 円 - 支給済額 _____ 円 = 差額 _____ 円

受取方法 () 窓口払い (総合庁舎2階20番窓口)
() 口座振込

| 金融機関名 | 店名 | 種別 | 口座番号 |
|--------------------------|----------------------|----------|------|
| 銀行 信用金庫 信用組合 農協 | 本店 本所 支店 支所 | 普通 当座 | |
| 口座名義(カタカナ) | | | |

※出産育児一時金を請求される方へ

全額申請の場合はこの請求書の提出をもって旭川市国民健康保険条例施行規則第19条第1項に定める出産育児一時金の支給申請があったものと見なします。

直接支払制度の「合意文書」がない場合(海外で分娩した場合や助産施設で分娩した場合など)は、下の欄に署名してください。

(申し出欄)

私は、他の健康保険に出産育児一時金に相当する給付を請求しません。
また、旭川市が確認のために必要があるときには、他の保険者に請求の有無を照会することに同意します。

令和 年 月 日

住所 _____

氏名(世帯主) _____