

那珂川市国民健康保険出産育児一時金支給申請書

年 月 日

(あて先) 那珂川市長

世帯主

住 所 _____

氏 名 _____

電話番号 _____

下記のとおり申請します。

記

被保険者記号・番号		な・0			
出産した被保険者の氏名		出産年月日			
申請区分 【 □にチェックしてください 】		申請金額		添付書類	
<input type="checkbox"/>	一時金請求 (直接支払制度利用なし)	産科医療 補償制度あり	420,000 円		■合意文書の写し ■領収・明細書の写し
<input type="checkbox"/>	一時金請求 (直接支払制度利用なし)	産科医療 補償制度なし	408,000 円		
<input type="checkbox"/>	差額請求 (直接支払制度利用あり)		円 (※1)		

※1 = 一時金の額 (420,000 円または 408,000 円) から、分娩費用の額を差し引いた額

国民健康保険出産育児一時金支給請求書

年 月 日

(あて先) 那珂川市長

世帯主

住 所 _____

氏 名 _____ 印

下記のとおり請求します。

請求額		円									
振込口座	金融機関名			銀行 農協 信用金庫	本店 支店 出張所						
	口座種別	普通・当座	口座番号 ※右詰めで記入ください								
	口座名義 (カタカナ)										