

出産育児一時金支給申請書（差額支給）

申請書 (組合員) の記入欄	被保険者証番号(8桁)	マケンバー		
	分娩者氏名	生年月日	昭和・平成 年月日	
	分娩年月日	令和 年 月 日	出産の人数	生産人 死産人
	振込先	<input type="checkbox"/> 公金受取口座を利用する（利用する場合は口座情報の記入不要） <input type="checkbox"/> 振込口座を指定する（下記に口座情報をご記入ください） ※公金受取口座を登録していない方は、マイナポータルから簡単に登録いただけます。		
金融機関名			店名	
預金種目		普通	口座番号	
名義人		フリガナ		

福岡県薬剤師国民健康保険組合理事長様

上記のとおり申請します。

令和 年 月 日

〒 TEL() -

申請者 (組合員)	自宅住所
	<hr/>
	<hr/>
	氏名
	<hr/>
	<hr/>

◆この申請書は、直接支払制度を利用して出産費用が出産育児一時金に満たなかった場合にその差額分を支給申請するものです。

◆振込先口座について公金受取口座を利用する場合は□欄にチェック印を記載してください。

◆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のに関する合意文書(写)
- ②医療機関から交付された「領収・明細書」（原本）

産科医療補償制度	有・無
A 出産育児一時金	円
B 出産費用額（出産時の窓口支払額）	円
※ A - B 差額支給額	円

受付印

決裁	理事長	常務理事	事務長	係	係
	支給年月日	令和 年 月 日			

出産育児一時金支給申請書（直接支払制度利用なし）

令和 年 月 日

福岡県薬剤師国民健康保険組合理事長様

申請者 (組合員)	自宅住所 _____	〒	TEL() -	

下記のとおり申請いたします。

申請書 (組合員) の記入欄	被保険者証番号(8桁)				マイナンバー				
	分娩者氏名				生年月日		昭和・平成 年 月 日		
	分娩年月日		令和 年 月 日		出産の人数		生産 人 死産 人		
	振込先	<input type="checkbox"/> 公金受取口座を利用する（利用する場合は口座情報の記入不要） <input type="checkbox"/> 振込口座を指定する（下記に口座情報をご記入ください） ※公金受取口座を登録していない方は、マイナポータルから簡単に登録いただけます。							
		金融機関名				店名			
預金種目		普通	口座番号						
名義人		フリガナ							

医師又は 助産師の 証明欄	分娩年月日	令和 年 月 日	分娩の種類	生産・死産・生産死産混在
	出産時の数	単胎・多胎(児)	妊娠からの週数	満()週
	上記のとおり相違ないことを証明します。 令和 年 月 日 医療機関等の名称 医療機関等の所在地 医師・助産師氏名 _____ 印			

- ◆この申請書は、直接支払制度を利用しなかった場合に「出産育児一時金」の支給申請をするものです。
- ◆振込先口座について公金受取口座を利用する場合は□欄にチェック印を記載してください。

◆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のに関する合意文書(写)
- ②医療機関から交付された「領収・明細書」(原本)

産科医療補償制度	支給金額	円
有・無	支給年月日	令和 年 月 日

決裁	理事長	常務理事	事務長	係	係

受付印