※決裁	事務長	係	※支給決定額
			￥

受付印

出産育児一時金支給申請書（差額支給）

※地区

関係事項	出産者及び出生児の					
	被保険者証	記号		番号	–	
	出産者について	氏名	フリガナ	生年月日	昭和 □ 平成 □ 年 月 日	
		種別	第1種□ 第2種□ 第3種□ 第4種□	続柄	組合員□ 家族□	
	出産年月日	平成 年 月 日	□ 1.生産 2.死産 3.生産・死産混在			
	生産の場合の出生児数	人	〈死産の場合〉死産児数	人	〈死産の場合〉妊娠からの週数及び日数	満（ ）週 （ ）日

A 出産育児一時金額	420,000 円
B 出産費用額(出産時、窓口で支払った金額)	円
※ A - B 差額支給分額	※ 円

差額分振込先	出産育児一時金				
	金融機関	銀行 信用金庫	支店番号	支店名	
	種類	普通 ・ 当座 ・ 貯蓄	口座番号		
	名義	フリガナ			

上記のとおり申請します。

平成 年 月 日

組合員（申請人）		
	自宅住所	〒
	連絡先電話番号	（ ） 平日の9時から17時に連絡をとれる番号を記入してください。
	氏名	印

埼玉県薬剤師国民健康保険組合理事長 様

■ **この届けは、直接支払制度を利用して出産費用が出産育児一時金額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。**

■ **申請時に添付するもの**

①「直接支払制度利用の有無確認書」の写し

②費用の内訳を記した「明細書（領収書）」の写し

③出生児が、当組合へ加入する場合は「加入するための申請書類」
※第1種・第2種・第3種・第5種世帯への加入は「資格取得届A」、第4種世帯への加入は「資格取得届B」
※取得時に必要な提出書類（住民票・出生児の個人番号確認書類・組合員の身元確認書類等）は申請書裏面を参照

④出生児が他の健康保険に加入した場合は、その「被保険者証」の写し

■ **※欄は組合記入欄ですので記載しないでください。**