

※決裁	事務長	事務次長	係	※支給決定額 ¥
				組合員 <input type="checkbox"/> 家族 <input type="checkbox"/>

出産育児一時金支給申請書（差額支給）

※地区

関係事項	被保険者証	記号		番号																					
	出産者について	フリガナ												生年月日	昭和 <input type="checkbox"/>	年	月	日	平成 <input type="checkbox"/>						
		氏名												続柄	組合員 <input type="checkbox"/>	家族 <input type="checkbox"/>									
	種別	第1種 <input type="checkbox"/> 第2種 <input type="checkbox"/> 第3種 <input type="checkbox"/> 第4種 <input type="checkbox"/>											続柄	組合員 <input type="checkbox"/>	家族 <input type="checkbox"/>										
出産年月日	平成 <input type="checkbox"/> 年 月 日					令和 <input type="checkbox"/> 年 月 日					生産 <input type="checkbox"/>	死産 <input type="checkbox"/>	生産・死産混在 <input type="checkbox"/>												
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	<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)										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。														
	<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)																								
	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					※7桁未満は前に0を記載してください。													
名義	フリガナ																								

埼玉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

申請人	自宅住所	〒																
	連絡先 電話番号	()																
	氏名																	
	マイナンバー																	

■ 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・出生児のマイナンバー確認書類・組合員の身元確認書類等)は

資格取得届(裏面又は2枚目)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

■ □欄は該当する箇所にチェック印を記載してください。

■ ※欄は組合記入欄ですので記載しないでください。

