国民健康保険出産育児一時金支給申請書(差額支給申請)

被保険者証記号番号					
分娩年月日	令和　　年　　月　　日				
母の氏名		生年月日	昭和、平成、令和　　年　　月　　日		
生まれた子の氏名		世帯主との続柄		性別	男　・　女
出産費用	円	出産育児一時金	420,000 円	差額支給分	円

口座振込	銀行・信用金庫・信用組合			本・支店	
	普通 ・ 当座	口座番号		フリガナ	
				口座名義人	

上記のとおり申請いたします。

令 和　　年　　月　　日

住　　所　草津町大字

世 帯 主

申請者氏名　　印

(電話　　)

草津町長　　様

証明欄	上記のとおり分娩の事実を証明します。 令 和　　年　　月　　日 住 所 医師又は助産師 氏 名　　印 (出生届がしてあれば医師又は助産師の証明は不用)

処理欄	戸籍出生届との照会	保険税滞納の有無	保険税充当額	委任払いの場合には医療機関へ分娩費用確認	受付印
				令和　　年　　月　　日確認 医療機関担当 費用額　　円	

標記について、申請を受理しました。

課長	補佐	係長	主査	主任	係