

※整理番号	
-------	--

(医療機関等直接支払制度差額支払用)

国民健康保険 出産育児一時金支給申請書

被 保 険 者 号 記 号 ・ 番 号		世 帯 主 名 氏	
出産した被保険者の氏名			世番※
出 産 児 氏 名 (死産・流産等の場合は、氏名は記載不要です)			世番※
生 年 月 日	年 月 日生		
出産した病院等の名称・所在地	所在地 名 称		
金 額	金 円		

仙台市国民健康保険条例第6条の規定による出産育児一時金を上記のとおり申請します。

年 月 日

仙 台 市

区 長 様

郵便番号 ー 電話 ()

住 所 仙台市

世 帯 主

氏 名

(医療機関等直接支払制度請求額と出産育児一時金との差額を下記の口座へ振込願います)

振込先銀行	銀行	支店	支給金額						
口 座 番 号	1. 普 通 座 2. 当 座							受 付 印	
口座名義人氏名	フリガナ								

上記の申請に対し、国保条例第6条に規定する出産育児一時金(500,000円)との差額を支給してよろしいか伺います。

年 月 日

受付者名

決 裁 欄	課 長	係 長		担 当

※確認書類 ☐ 医療機関等の請求書

☐ 医療機関等直接支払額

円

☐ 直接支払制度を利用していることの確認

※出産時から6カ月以前に職場の健康保険の被保険者本人の場合は社保に申請となります