

課長	課長補佐	係長	係

様式第3号の2(第5条関係)

**国民健康保険出産育児一時金支給申請書兼請求書**

一、金\_\_\_\_\_円也

上記の金額を支給されるよう申請、請求します。  
ただし、下記の支給決定額のとおり

令和 年 月 日

世帯主 住所 みやま市 瀬高町  
山川町  
高田町

氏名 \_\_\_\_\_ 印

電話 \_\_\_\_\_

みやま市長 様

被保険者の記号番号		世帯主氏名	
出産した被保険者氏名	( 年 月 日生)	世帯主との続柄	
出産の年月日	令和 年 月 日		
出生児の氏名		世帯主との続柄	
出産の状態	正常、早産( 週) 流産( 週) 死産( 週)		
医療機関等の名称及び産科医療補償制度対象分娩の適否			適 ・ 否

1 出産育児一時金支給額の算定を次のとおり決定する。

	① 出産育児一時金基準額	② 産科医療補償加算金	③ 医療機関等代理受領額	④ 支給決定額(①+②-③)
適	408,000円	12,000円	円	円
否	408,000円	なし	円	円

2 支払い方法

1. 口座振込

金融機関名・支店名	
銀行 農協 金庫 組合	支所 支店
種目	口座番号
普通 当座	口座名義人(カタカナ)

2. 窓口払い  
請求受領印

--