

受付印

弘前市国民健康保険出産育児一時金(差額)支給申請書

令和 年 月 日

弘 前 市 長 殿

世帯主 住所 弘前市大字

氏名
(個人番号:)
電話 ()

次のとおり出産育児一時金(差額)の支給を申請します。(1. 直接払有 2. 貸付有)

被保険者記号・番号	弘前		
フリガナ 出産した被保険者氏名 (お母さんの名前)	 (個人番号:)	世帯主との続柄	
出産した年月日 (赤ちゃんの生まれた日)	令和 年 月 日 (カ月)		
フリガナ 出 産 児 氏 名 (赤ちゃんの名前)	 ※死産・流産・人工妊娠中絶の場合は、記入は不要です。	世帯主との続柄	
出 産 した 保 険 医 療 機 関 等 住所・名称・電話番号	住所 名称 電話番号 — —	産科医療補償制度 加入の有無	有・無
出産育児一時金(差額)申請額	金 円		
貸付金充当額	金 円		
出産育児一時金(差額)支給額 (支給決定日)	金 円 (令和 年 月 日)		

処理欄	受付
総合支所(岩木・相馬) 国保給付係	☐ 会計支払 ☐ 口座振替 ☐ 総合支所支払 (総合支所) ☐ 出張所支払 (出張所)

- チェック事項
- ☐ 健保令第36条ただし書該当(☐ 22週以上)
☐ 4ヶ月(85日)以上
☐ 社保資格喪失後6ヶ月超
☐ 社保本人継続して1年未満
- ☐ 前住国保
☐ 社保扶養
☐ 出生届書で確認