

(第4条関係)

国民健康保険出産育児一時金支給申請書

被保険者証記号番号	喜国		
出産した被保険者の氏名			
出 産 年 月 日	年	月	日
出 生 児 の 氏 名			
死 産	在胎 週	死産年月日 年 月 日	
請 求 金 額	円		
申 請 区 分	全額申請(直接支払制度を利用しない)・差額申請(直接支払制度を利用)		
上記のとおり申請します。			
年 月 日			
世帯主 住所 渡名喜村 番地			
フリガナ			
氏 名 ㊟			
電話番号() -			
渡名喜村長職務代理者 様			

※以下村記入欄

台帳確認	<input type="checkbox"/> 国保資格確認
確認書類	<input type="checkbox"/> 母子健康手帳
	<input type="checkbox"/> 直接支払制度利用合意(不活用)文書の写し
	<input type="checkbox"/> ※直接支払制度不活用欄の確認 <input type="checkbox"/> 不活用欄に <input checked="" type="checkbox"/> あり → 全額申請 <input type="checkbox"/> 不活用欄空欄 → 差額申請
	<input type="checkbox"/> 出産費用の領収・明細書
	<input type="checkbox"/> ※産科医療補償制度(スタンプ)確認 <input type="checkbox"/> 対象 <input type="checkbox"/> 対象外 <input type="checkbox"/> 直接支払制度 <input type="checkbox"/> 全額申請(不活用) <input type="checkbox"/> 差額申請(42万又は39万未満)
収納状況	<input type="checkbox"/> 完納
台帳入力	<input type="checkbox"/> 申請受付 <input type="checkbox"/> 支給決定 <input type="checkbox"/> 支給済 <input type="checkbox"/> 不支給決定
決定通知	<input type="checkbox"/> 支給決定通知 <input type="checkbox"/> 不支給決定通知
支給日	____/____/____

上記申請により、出産育児一時金を(支給決定・不支給決定)してよろしいか。

決 裁	村 長	課 長	課長補佐	係 長	係 員	起案 . .	受 付
	(職務代理)					決裁 . .	
						施行 . .	
						完結 . .	



受付印