

# 国民健康保険出産育児一時金支給申請書兼請求書(直接支払差額支給用)

※以下、太ワク内をご記入・ご捺印ください。

被保険者証の番号		国民健康保険の資格取得日	昭・平・令 年 月 日	
世帯主氏名		出産日 (または死産日)	令和 年 月 日	出生 死産(第 週)
個人番号				
出産者氏名		生年月日	昭・平・令 年 月 日	世帯主との続柄
個人番号				本人・妻・子 ( )
申請・請求金額	(a) 円	差額(a)-(b)	円	
病院直接支払額	(b) 円			

医師又は助産師の証明欄	上記出産(死産)の事実(妊娠 週 日)を証明します。 年 月 日 所在地 _____ 名 称 _____ 代表者名 _____			
※証明を必要とするのは、下記注意事項4の母子健康手帳の持参ができない場合です。				

差額支払い方法	口座振替(振込先)	金融機関名	銀行 信用金庫 信用組合 農業協同組合	金融機関コード		
		支店名	支店 本店 出張所 営業部	支店コード		
		預金種別	1. 普通 2. 当座 4. 貯蓄	フリガナ		
		口座番号		口座名義		

三 田 市 長 あ て  
 上記のとおり出産育児一時金の支給を申請・請求します。

申請・請求者 (世帯主) 〒 \_\_\_\_\_ 年 月 日

住 所 \_\_\_\_\_

氏 名 (世帯主) \_\_\_\_\_ 電話番号 ( ) \_\_\_\_\_

※手書きしない場合は記名押印

**注意事項**

1. 出産育児一時金は、妊娠4ヶ月(満12週)以上が対象です。
2. 他の健康保険で出産育児一時金が支給される場合には、国保の出産育児一時金の支給は行いません。
3. 出産育児一時金の申請・請求額は、産科医療補償制度に加入する分娩機関で在胎週数22週に達した日以後の出産は50万円(ただし令和5年3月31日以前の出産は42万円)、産科医療補償制度に加入していない分娩機関での出産や死産・流産は48万8千円(R4.1.1からR5.3.31までの出産は40万8千円、R4.12.31以前の出産は40万4千円)です。※分娩機関が発行する費用の内訳明細書等で確認をいたします。
4. 母子健康手帳(出生届出済証明及び医師又は助産師が出産の状態を記入・押印したもの。特に、死産の場合はその事実が記入されていること)を持参してください。持参できない場合は、この申請書による医師又は助産師の証明が必要になります。

※4は三田市より申請勧奨した場合は不要です。

(市処理欄)

資格確認	被保険者の国保資格取得日	6ヶ月超 (可) ・ 6ヶ月以内 (前の保険を確認要)		給付係受付者
	前の保険	可	社会保険(扶養) ・ 国保	不可 社会保険(本人)
添付書類①	□母子健康手帳写し □医師・助産師の証明		添付書類②	□費用内訳明細書等の写し
	□不要(申請勧奨のため) □( )			□不要(申請勧奨のため)

コード	
-----	--