

理事長	常務理事	事務長	係

差額支給決定額 (国保組合にて記入)

## 出産育児一時金支給申請書 (差額支給分)

被保険者記号番号		記号	井薬	番号	—	—
関係事項	フリガナ					
	出産者氏名					
	フリガナ					性別
	出生児氏名					男・女
	分娩年月日	令和 年 月 日				
	死産の時はその旨					妊娠 月
差額分振込先	銀行 信用金庫		支店			
	預金種別	普通・当座	口座番号			
	フリガナ					
	口座名義					
※出産育児一時金額		500,000円	出産費用決定額		円	
上記のとおり申請します。		令和 年 月 日				
		〒				
		組合員 住所 .....				
		氏名 .....				
		電話 .....				
福井県薬剤師国民健康保険組合理事長 様						

**【注意事項】** 下記該当の場合において申請願います。

① 直接支払制度を利用したが出産費用が「出産育児一時金50万円」の額に満たなかった場合は、申請によりその差額分を支給します。

※申請にあたっては、医療機関が発行する「明細書(領収書)」の写しを必ず添付して下さい。

② 直接支払制度を利用せず、分娩機関にて分娩費用を全額支払った場合、申請により「出産育児一時金50万円」を支給します。

※申請にあたっては、医療機関が発行する「明細書(領収書)」の写し、「母子手帳」の写し、「直接支払制度を利用しない」旨が明記されたものを必ず添付して下さい。