

# 出産育児一時金差額支給申請書

記号番号	力						
------	---	--	--	--	--	--	--

出産した者	氏名							生年月日	年	月	日
	個人番号										
	春日市国保 取得年月日	年	月	日	事由:			届出日	年	月	日
出生児数	人	生産または 死産の別	1. 生産 2. 死産(妊娠から 週)				出産日	年	月	日	

※出産の前6か月以内に春日市国保以外の健康保険の資格があった方は記入してください。

保険の種類	資格区分	加入年月日(取得日)	喪失年月日
<input type="checkbox"/> 他市町国保 <input type="checkbox"/> 政管、健保組合 <input type="checkbox"/> 共済組合	<input type="checkbox"/> 本人	年 月 日	年 月 日
<input type="checkbox"/> 船員組合 <input type="checkbox"/> 健康保険(旧日雇保険)	<input type="checkbox"/> 家族	年 月 日	年 月 日

振込先	公金受取口座	<input type="checkbox"/> 利用する (⇒口座名義人を指定してください。)						<input type="checkbox"/> 利用しない (⇒振込先を指定してください。)					
	口座名義人 (カタカナ)※												
	※口座名義人はカタカナで上段より左詰めで記入してください。濁点、半濁点は1文字とし、姓と名の間は1文字あけてください。												
	個人番号												
	※公金受取口座を利用しない場合は以下も記入してください。												
金融機関名	銀行 協同組合			本店(所) 支店(所)			預金 種別	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座					
口座番号	金融機関 コード			支店 コード									

## ※出産育児一時金差額支給額

出産育児一時金(出産児1人につき)	出産費用	=	差額支給額
<input type="checkbox"/> 500,000 <input type="checkbox"/> 488,000			

## ※添付書類

出産費用の領収・明細書等(専用請求書の内容と相違ない旨が記載されたもの)(写可)

(あて先) 春日市長 上記のとおり申請します。

年 月 日

世帯主 住所 \_\_\_\_\_  
(フリガナ)

氏名 \_\_\_\_\_  
電話 - -

代理人 住所 \_\_\_\_\_  
(フリガナ)

氏名 \_\_\_\_\_ 世帯主との  
電話 - - 続柄 [ ]

担当 処理 欄	国保資格	産科医療補償	支給	受付担当者	受付印
	<input type="checkbox"/> 確認	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可		
	世帯主CD	支給額	納税確認		
			滞納 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有		
	母CD	支給予定日説明	納税担当者		
	( / )	( )			