

武蔵村山市国民健康保険出産育児一時金支給申請書

被 保 険 者 番 号	4 6 - -
分 娩 者 氏 名	
妊 娠 期 間	妊娠 週目
申 請 金 額	全 額 万円 × 人 = 円
	差 額 万円 - 費用 (円) = 円
<p>上記のとおり申請します。</p> <p style="text-align: right;">令和 年 月 日</p> <p>武蔵村山市長 殿</p> <p style="text-align: center;">住 所 武蔵村山市</p> <p style="text-align: center;">(方書)</p> <p>申請者</p> <p>(世帯主) 氏 名 _____ 印 _____</p> <p style="text-align: center;">電 話 () _____</p>	

<受付時確認事項>

収 納 状 況	収納済 ・ 収納課協議済
分娩者資格取得日	昭和・平成・令和 年 月 日 (社保離脱・組合離脱・転入・生保廃止・出生・その他)
直接支払制度について	<p>医療機関と直接支払制度を 利用する旨・利用しない旨 合意している。</p> <p>【確認方法】</p> <p>1 合意文書、領収・明細書 (別添資料) で確認</p> <p>2 医療機関に電話等で確認</p> <p>医療機関名 : _____</p> <p>TEL : _____ 担当者 : _____</p>
備 考	

(収 受 印)