

様式第8号（第8条関係）

出産育児一時金支給申請書

被 保 険 者 記 号 番 号	記 号	番 号	世帯主の 個人番号		
	み女	A	世 帯 主 氏 名		
申請金額		円			
<input type="checkbox"/> 出産に要した費用が規則に定める額に満たなかったことによる差額申請 <input type="checkbox"/> 直接支払制度に参加していない医療機関等での出産による申請					
被 保 険 者 (分 娩 者)			被保険者の 個人番号	世帯主 との続柄	
出生児の氏名			出 生 年月日	年 月 日	
分娩の種類	正 常 異 常 () ・ 死 産				
振込先口座	<input type="checkbox"/> 公金受取口座を利用します。				
	銀 行	本店	口座種別	口座番号	
	信用金庫	支店	普通・当座		
	信用組合	本所	口座名義		
	信 漁 連	支所	(カタカナ)		
<p>出産育児一時金の支給を受けたく、上記のとおり申請します。</p> <p>年 月 日</p> <p>世帯主 住 所 氏 名</p> <p>女川町長 様</p>					
※届 出 確 認	<input type="checkbox"/> 母子手帳の写し		出産育児一時金（産科医療補償制度加入）		円
	<input type="checkbox"/> 出産費用明細書		医療機関直接支払額		円
	<input type="checkbox"/> 直接支払制度合意文書の写し		差額支給額		円

注 ※の欄は記入しないでください。