

## 出産育児一時金支給 兼 直接支払制度差額支給申請書

台帳
要件

- 1 分娩の事実を証明できる**出生証明書**か**母子健康手帳**を提示してください。
- 2 直接支払制度の有無を確認できるもの（**合意文書等**）を提示してください。
- 3 産科医療補償制度の有無については、**同制度加入機関と押印された領収書又は明細書**を提示してください。
- 4 国民健康保険以外の健康保険から同様の給付を受けることが出来る場合は不支給となります。

出産育児一時金	支給額 円	( )	確認 <input type="checkbox"/> 戸籍又は住民票 <input type="checkbox"/> 出生証明書又は死産証明書 <input type="checkbox"/> 母子健康手帳 <input type="checkbox"/> 胎児埋火葬許可証	確認印
・488,000円 (令和5年4月1日以降の出産) ・408,000円 (令和5年3月31日以前の出産) ※産科医療補償制度の対象となる出産の場合、12,000円加算		<input type="checkbox"/> 直接支払制度		・合意文書 ・領収書 ・明細書
被保険者番号	<input type="checkbox"/> 産科医療補償制度			有 ・ 無
出産者氏名	個人番号			
世帯主氏名	個人番号			
出産日時	年 月 日	午前 ・ 午後	時	分
生産 ・ 死産 (第 週)		「双子」以上の 場合のみ記入	人中第 子	
※社会保険等（被保険者本人）の資格喪失後6か月以内の出産の場合のみ記入してください。 (事業所名) (所在地) (退職日)				
年 月 日				
出産した医療機関等	所在地			
	名称	電話番号		
(宛先) 姫路市長 年 月 日 上記の支給を申請します。 なお、支払は下記の私（世帯主）名義の預金口座へ振り込んでください。 〒 ..... 住所 ..... 申請者 (世帯主) 氏名 ..... 電話番号 .....				

振込先口座	金融機関名	支店名	種別
	銀行 信用金庫 農協	支店 出張所 支所	1 普通 2 当座
	金融機関CD 支店CD	口座番号 (右詰め)	
	口座名義人 (世帯主) カタカナ		