

古賀市国民健康保険出産育児一時金（差額）支給申請書

被保険者証 記号番号	029	番号	分娩した 医療機関	名 称 所在地
分娩者氏名	フリガナ		分娩者生年月日	昭和 平成 令和
分娩年月日	年 月 日			
分娩の種類	正常		早産（ 週）	死産（ 週）

口座振込 依頼欄	<input type="checkbox"/> 公金受取口座を利用します（利用する場合は口座情報の記入不要） ※マイナンバーカードをお持ちで公金受取口座を登録していない方は、マイナポータルから登録いただけます。公金受取口座を利用しない場合は下欄の口座情報を記入ください。 <input type="checkbox"/> 振込口座を指定します			
	金融機関名			支店名
	預金種別	1. 普通 2. 当座	口座番号	
	名 義 人	フリガナ 氏名		

上記のとおり申請します。

年 月 日

古賀市長宛

〒811-31

世帯主 住所

氏名

電話 ()

※ 以下、市役所使用欄 ※

確認事項	出産した被保険者 資格取得年月日	年 月 日	資格取得後 6ヶ月以内の出産	有 ・ 無 <有の場合>国保取得前の状況 <input type="checkbox"/> 社保の扶養 <input type="checkbox"/> その他 ()
	添付書類 <input type="checkbox"/> 出産費用の領収・明細書（裏面参考） 「専用請求書の内容と相違ない旨」が記載されていることを確認してください。			

処理欄	出産育児一時金（円）	医療機関等への直接支払額（円）	差額支給額（円）