

医療機関等で直接支払制度を利用し、出産費用が限度額（50万円（産科医療補償制度対象外分娩の場合は、48.8万円））を超えた場合は、申請できません。

記載例

富山市国民健康保険出産育児一時金支給申請書

(宛先)富山市長

被保険者証 記号番号	###—###	申請年月日	〇〇年〇〇月〇〇日
申（世帯主者）	住所	富山市△△町 〇番〇号	
	氏名	富山 太郎	
	連絡先	電話（076）###—####	

次のとおり申請します。  
なお、支給決定金額は次の指定口座に振り込んでください。

出産育児一時金	〇〇〇,〇〇〇 円				
被保険者の氏名 (分べん者)	富山 花子				
出生児の氏名	富山 一子	生年月日	〇〇年〇〇月〇〇日		
分べんの状態	① 正常 2 早産( 週) 3 死産 4 その他( )				
分べんを介助した 医師又は助産師の 住所及び氏名	住所 (施設分べんのときは 施設の所在地)	〇〇病院 富山市□□町〇番〇号			
	医師名 助産師名	〇〇 〇〇			
振込指定 口座	〇〇 銀行 農協 信金	〇〇支店 支所	① 普通 2 当座	口座 名義人	フリガナ トヤマ タロウ
	※	※	口座 番号 〇〇〇〇〇〇〇〇		富山 太郎
※保険料 への充当	一部充当 円		全部充当 円		振込金額 円

※確認欄	資格取得日から出産日までの 国保加入期間が6ヶ月以上	左で無の場合、国保取得前の状況	添付書類のチェック☑	
	有 ・ 無	1. 他市の国保 2. 社保扶養 3. 社保本人で、加入期間が1年未満	<input type="checkbox"/> 出産を証明する書類の写し <input type="checkbox"/> 医療機関等との合意文書の写し <input type="checkbox"/> 出産費用の領収・明細書の写し	
※処理欄	窓口担当	地区センター	直接支払制度利用	有 ・ 無

注 ※印欄は記入しないでください。