

決 裁	理 事 長	常 務 理 事	事 務 長	担 当 者	決 裁 年 月 日	処 理	入 力	照 合
					平成 年 月 日			

出産育児一時金支給申請書（差額支給分）

出産育児一時金直接支払制度を活用しましたが、医療機関等の代理受領額が出産育児一時金の支給限度額に満たないので、その差額を下記のとおり申請します。

被 保 険 者 証 の 記 号 番 号	1 2 3 4 - 5 6 7 8 9 0	組 合 員 の 氏 名	黒川 一郎	
母 親 の 氏 名	黒川 春子	分 娩 児 の 氏 名	さくら	性 別 <input checked="" type="radio"/> 男 <input checked="" type="radio"/> 女
分 娩 年 月 日	平成 22 年 4 月 27 日	分 娩 の 種 類	<input checked="" type="radio"/> 正常・早産(月)・死産(月)	
母 親 の 組 合 加 入 年 月 日	<input checked="" type="radio"/> 昭和 12 年 9 月 20 日 <input checked="" type="radio"/> 平成	組 合 員 と の 続 柄	妻	
出 産 育 児 一 時 金 差 額 申 請 額		30,000 円		
<p>上記のとおり申請します。なお、支給決定額については、下記の組合員名義の口座へ振り込みください。</p> <p>平成 22 年 5 月 1 日 住 所 名古屋市北区清水5-6-9</p> <p>組 合 員 氏 名 黒川 一郎 <input checked="" type="radio"/></p> <p>愛知建連国民健康保険組合理事長 殿 電 話 番 号 (052) 982 - 5736</p>				

右記のとおり支給を決定してよろしいか。

差 額 支 給 決 定 額	※	円
---------------	---	---

振 込 先	名 古 屋	<input checked="" type="radio"/> 銀行 <input type="radio"/> 信用金庫	黒 川	<input checked="" type="radio"/> 本店 <input type="radio"/> 支店 <input type="radio"/> 出張所
	農 協	<input type="radio"/> 信用組合		
	預 金 種 別	<input checked="" type="radio"/> 普 通	<input type="radio"/> 当 座	
	口 座 番 号	0 9 8 7 6 5 4		
	フリガナ	クロカワ イチロウ		
口 座 名 義	黒川 一郎			

本 部 受 付 欄	支 部 受 付 欄
本部受付印	支部受付印

◎申請者は太枠の部分を記入してください。※は記入しないでください。

◎申請にあたっては医療機関が発行する「明細書（領収書）」の写しを添付してください。

◎振込先は組合員名義の預金口座でゆうちょ銀行以外のものを記入してください。