|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | ￥ |  |  |  |  |  |  | 円 |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 被保険者記号・番号 |  | 世帯主の氏名 |  |
| 出産予定者（被保険者）の氏名 |  | 出産予定者の生年月日 |  |
| 出産した年月日 | 年　　月　　日 | 出産の種類 | 出　産・死　産 |

上記のとおり請求します。

年　　月　　日

住　所

氏　名　　　　　　　　　印

丸亀市長　様

支払いを下記金融機関に指定します。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 口座振込依 頼 欄 | 銀行金庫農協漁協 | 本店支店支所出張所 | 種目 | 口座番号 |
| １　普通２　当座３　その他 |  |  |  |  |  |  |  |
| 金融機関コード | 店舗コード |
|  |  |  |  |  |  |  |
| フリガナ |  |
| 口座名義人 |  |

備考

１　当該被保険者が、出産日現在で丸亀市国民健康保険の被保険者の資格がない場合は、受取代理ができません。

２　出産後、出生証明書の写し、分べん費用の額及び保険費用の額（産科医療補償制度に加入する医療機関等において出産した場合に限る。）が確認できる書類を添付してください。

３　分べん費用の額及び保険費用の額の合計額（産科医療補償制度に加入していない医療機関等において出産した場合は、分べん費用の額とする。）が出産育児一時金の額に満たない場合は、その額をお支払いいたします。