

第2号様式
国民健康保険出産育児一時金支給申請書兼決定書

No.

記入例

該当する項目に☑を入れてください。

<input type="checkbox"/>	出産育児一時金（直接支払制度利用の場合を除く）の支給を申請します。
<input type="checkbox"/>	直接支払制度利用に伴う差額支給を申請します。

一時金	下記の申請について、 <input type="checkbox"/> 支給 <input type="checkbox"/> 不支給を決定する。		
	令和 年 月 日	起案	
支給額	下記の申請について、以下のとおり確認 <input type="checkbox"/> 出産育児一時金の支給決定済 <input type="checkbox"/> 出産育児一時金の支給決定未済		
	課長	係長	係員

国保の世帯主名を記入してください。

(宛先) 京都市 中京 区長	令和 5 年 4 月 5 日
申請者の住所 京都市中京区寺町通御池下る下本能寺前町 500-1	申請者の氏名 京都 太郎 電話 (075)000 - 0000

京都市国民健康保険条例第7条の規定により出産育児一時金の支給を申請します。

被保険者証記号番号	京 123456-7890	出産した被保険者の氏名	京都 花子
出生年月日	令和5年 4月 1日	出生場所	〇〇産婦人科
出産の種類	<input type="checkbox"/> 生産 <input type="checkbox"/> 死産 <input type="checkbox"/> 流産	在胎週数	40 週
申請金額	該当する項目に☑を入れてください。	500,000 円	

死産・流産の場合のみ	上記について相違ないことを証明します。		
	令和 年 月 日		
医師又は助産師	住所	(死産・流産の場合のみ) 医療機関で記載・押印してもらってください。 ※母子健康手帳で確認できる場合は不要です※	電話 ()
	氏名		

- (注1) 該当する□には、✓印を記入してください。
(注2) 太枠の中のみ記入してください。流産又は死産の場合は、医師等の証明が必要です。
(注3) 請求及び受領に関する権限を委任することは、やむを得ない場合を除いて、できません。
(注4) 申請の際は、母子健康手帳、被保険者証、預(貯)金通帳、医療機関が交付する領収・明細書及び医療機関が交付する直接支払制度の手続に関する文書をお持ちください。
(注5) 海外で出産された場合の申請は、被保険者証、預(貯)金通帳、出産を証明する書類(母子健康手帳、現地の医療機関が発行する出生証明書、領収書、現地の公的機関が発行する戸籍、住民票等)、現地の公的機関・医療機関等に対して照会を行うことの同意書、海外に渡航した事実が確認できる書類(旅券、航空券等)をお持ちください。
(注6) 継続して1年以上被用者保険の被保険者(任意継続の期間を除く。)であった方が、資格喪失後6箇月以内に出産した場合は、健康保険法第106条の規定により、被用者保険から給付を受けられます。被用者保険からの給付を選択した場合、国民健康保険からは給付を行いません(京都市国民健康保険条例第7条第2項)。

審査又は確認欄	<input type="checkbox"/> 支給	<input type="checkbox"/> 50万円	1 母子健康手帳 2 医師等の証明書 3 住基 4 診断書 5 産科医療補償制度対象の出産であることを証明する領収書等 6 直接支払制度の確認書類 7 出産を証明する書類 8 同意書 9 海外に渡航した事実が確認できる書類 10 その他 ()
	<input type="checkbox"/> 差額支給	<input type="checkbox"/> 48.8万円 <input type="checkbox"/> ()円	
	<input type="checkbox"/> 不支給	理由	<input type="checkbox"/> 条例第7条第2項該当 <input type="checkbox"/> その他 ()

受付簿	納付状況	経費支出決定	一時差止め	支出命令	滞納保険料額控除	給付記録	備考
-----	------	--------	-------	------	----------	------	----