理事長		副理事長		常務理事		常務理事		事務長		係	

直接支払制度利用　**出産育児一時金支給申請書（差額支給分）**

被保険者番号				
出産者の氏名			申請者との続柄	
出産年月日	令和　　年　　月　　日			
出産した場所	名　称			
	所 在 地			
差額分の振込先口座	銀 行 名	銀行	本・支店	
	口座番号	普通 ・ 当座　No.		
	フリガナ			
	口座名義			

上記のとおり申請します。

令和　　年　　月　　日

申請者　第一種　住所
　　第三種　組合員
　　第二種　氏名　　㊞

秋田県医師国民健康保険組合理事長　様

組合記入欄		
	出産育児一時金	500,000　円
	出産費用決定額	円
	差額支給決定額	円

添付書類

＊申請にあたっては、医療機関から交付された「領収・明細書」の写しを添付して下さい。