

別記様式

年 月 日

蒲 郡 市 長 様

請求者（世帯主）

住 所

氏 名

※署名又は記名押印

蒲郡市国民健康保険出産育児一時金差額請求書

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請求します。

被保険者記号番号			
分娩年月日	年 月 日		
生まれた子の氏名		世帯主との続柄	
母の氏名			
分娩の種類	生産・死産		
請求金額	円		
振 込 先	口座名義人	種目	口座番号
信用金庫 銀行 農 協	フリガナ	普通 当座 貯蓄	