

国民健康保険出産育児一時金支給申請書

太枠の中を御記入ください。

被保険者記号・番号	出産した方(母親)の氏名	生年月日
み利 A	(フリガナ)	昭和・平成・令和
		年 月 日

出産年月日	出生児氏名	世帯主との続柄	出産までの週数
年 月 日	(フリガナ)		第 週
出産した医療機関名	所在地		
	名 称		

出産育児一時金申請額		円
<input type="checkbox"/> 出産に要した費用が規則に定める額に満たなかったことによる差額申請 <input type="checkbox"/> 直接支払制度に参加していない医療機関等での出産による申請		
振込先口座 (口座名義人が申請者(世帯主)と異なる場合には、裏面の委任状欄に記入すること。)		
金融機関名	銀 行・信用金庫 農業協同組合・信用組合 労働金庫・()	支 店 支 店 出張所
	金融機関コード	支店コード
口座番号(右詰め)		口座名義人 (カタカナで記入)
上記のとおり出産育児一時金の支給を受けたいので、証拠書類を添えて申請します。 令和 年 月 日 <div style="text-align: right;">住 所 _____</div> <div style="text-align: right;">申請者(世帯主) 氏 名 _____ (印)</div> <div style="text-align: right;">電話番号 () _____</div>		
利府町長 殿		

※担当課記入欄

出産育児一時金支給額	円	申請者への振込支給額	円
直接支払制度の有無	有 ・ 無	保険者が医療機関に支払った額	円

(注意) 出産した方が、健康保険、船員保険又は各種共済組合の被用者保険に1年以上加入されていて、子の出産がその被用者保険をやめた日から6か月以内であるときは、従前加入していた被用者保険から支給できる場合があります。ただし、他市区町村の国保または国保組合に加入していた場合、その他被用者保険の扶養だった場合は除きます。

委任状

本申請に基づく出産育児一時金に関する受領を下記代理人に委任します。

記

代理人	住 所	
	氏 名	
	申請者（世帯主） との関係	

令和 年 月 日

申請者（世帯主）住 所 _____

氏 名 _____ (印)

本人確認欄

個人番号カード 運転免許証 パスポート その他 (年金手帳、 保険証、 診察券、
 _____、 _____)