

国民健康保険 出産育児一時金支給申請書

※太枠内を記入してください

(あて先)糸魚川市長

		個人番号			
被保険者 記号番号	糸魚川		被保険者氏名		
分娩年月日	年	月	日	分娩区分	出産・死産
分娩6か月前の 加入保険	国保・社保本人・社保扶養・その他() ※国保以外の健康保険から出産育児一時金の給付を受ける資格のある方は、支給されません				
出生児	氏名				世帯主との 続柄
指定 振込 先	金融機関名	銀行・信用組合 農協・信用金庫 労働金庫			本店 支店
	預金種別	普通・当座	口座番号		
	口座名義人	フリガナ			世帯主との続柄 <input type="checkbox"/> 世帯主本人 <input type="checkbox"/> その他(委任状添付)
申請金額			円		
上記のとおり申請します。 年 月 日 世帯主 住所 糸魚川市 氏名 個人番号					

窓 口 に 来 た 人	<input type="checkbox"/> 世帯主本人 (電話番号記入)	氏名 _____ 続柄 _____
	<input type="checkbox"/> 世帯主以外の方 (全て記入)	電話番号 _____

【本人確認】免・個・パ・在・保・資・障・聴・職・他()

支給は出産の2か月後以降(医療機関からの請求内容を国保連合会で審査後)となりますので
ご了承ください。

※ 添付書類

- 1 医療機関の出産費用領収・明細書
- 2 直接支払い制度に関する合意文書
(医療機関との直接支払制度の利用有無が記載されたもの)

受付印
