

国民健康保険 出産育児一時金  
支給申請書兼請求書

受付印

(あて先) 大山崎町長 様

申請 請求 年月日	令和	年	月	日	本人確認	免 他 (	証 ・ パ ・ 住 )		
下記のとおり申請します。なお、支給決定のうちは支給決定額を下記口座に振込みを依頼します。									
<input type="checkbox"/> この出産について、社会保険等から出産育児一時金の支給を受けません。(国民健康保険加入前に社会保険等に加入しており(社保等加入期間が1年以上あり、社保離脱後半年以内に出産した場合)、社会保険等から出産育児一時金の支給を受ける場合、国民健康保険からは支給されません。)									
母の国保資格取得年月日						平成	年	月	日
						令和			
世帯主 (申請・請求者)	住所	〒							
	氏名								
	電話番号	-	-	被保険者番号	崎一				
出生届 関係事項	分娩年月日	平成	年	月	日	分娩 種類	出産・死産(在胎		週)
	生まれた 子の名					母の 氏名			
金融機関コード				支店コード					
金融機関名	銀行 農協 信用金庫			支店名	支店 出張所				
預金種別	普通・当座・貯蓄			口座番号 (左ツメ)					
(口座名義人) フリガナ									
添付書類	<input type="checkbox"/> 医療機関発行の領収書								

※ゆうちょ銀行への振込みを希望される方は、事前に振込用の支店名と口座番号を確認してください。

(事務処理欄)

出産育児一時金等の額	直接支払額	支給決定額	保険税納税状況	摘要
円	円	円		