

(第23条関係)

国民健康保険出産育児一時金支給申請書

(あて先) 塩尻市長

年 月 日

申請者（世帯主）
住 所
氏 名
個人番号
電 話

窓口に来た方
※ 世帯主の場合、記入は不要です。
氏 名
世帯主との続柄

次のとおり申請します。

被 保 険 者 記 号 ・ 番 号					
分娩(出産)した 被 保 険 者	氏 名			世帯主との 続 柄	
	生年月日	年	月 日		
分 娩 年 月 日	年 月 日			分娩等 の種類	正常・早産（ ヶ月） 流産（ ヶ月）・死産（ ヶ月）
出 産 児 氏 名	(死産・流産・人工妊娠中絶等の場合、記載は不要です)			世帯主との続柄	
申 請 額	円				
振 込 先 金 融 機 関	<input type="checkbox"/> 公金受取口座を利用する（利用する場合は口座情報の記入不要） 公金受取口座を登録していない方は、マイナポータルから簡単に登録いただけます。通帳等の写しの提出も不要になります。				
	<input type="checkbox"/> 振込口座を指定する				
	銀 行 信用組合 信用金庫 農 協	本 店 支 店 支 所 出張所	口 座 の 種 類	1 普通 2 当座 3 その他（ ）	
			口 座 番 号		
フリガナ 口座名義人					
委 任 状	(申請者と口座名義人が相違する場合は、下記に署名又は記名押印してください。) 国民健康保険出産育児一時金の受領について、上記の口座名義人に委任いたします。 申請者（世帯主） 氏名 印				
出産に立ち会った医師又は助産師の証明	上記のとおり流産、死産（ ヶ月）であることを証明します。 年 月 日 住 所 氏 名				

※市記入欄 (直接支払制度を利用した場合の支給金額)	出産育児一時金の金額 ①	円
	医療機関等の代理受領額 ②	円
	支 給 金 額 (①－②)	円