

(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)

窓口に来た方

住 所

※ 世帯主の場合、記入は不要です。

氏 名

氏 名

個人番号

電 話

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	本店	口座の種類 1普通 2当座 3その他()	
	信用組合	支店	口座番号	
	信用金庫	支所	フリガナ	
	農協	出張所	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			
出産に立ち会つ 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