

国民健康保険出産育児一時金支給申請書

出産育児一時金 金 404,000円
 （産科医療補償制度に加入する医療機関等における制度対象分娩の場合は、金 420,000円）
 上記の金額を支給されるよう申請します。
 令和 年 月 日
 申請者 住所 恵庭市 _____
 (世帯主) 氏名 _____ 印 _____
 (電話 — —)
 恵庭市長 様

内 訳			
受給方法	<input type="checkbox"/> 窓口	記号番号	恵庭
出産した被保険者の氏名		世帯主との続柄	
出産年月日	年 月 日	午前・午後	時 分
出生児の氏名		世帯主との続柄	
出産区分	正常・早産（週）・流産・死産		
振込指定金融機関記入欄(原則的に世帯主の口座に限る)			
金融機関名	銀行・信金 信組・農協	支店名	支店・本店
金融機関コード		支店コード	
フリガナ		口座番号	普通当座
口座名義人			

世帯主以外の口座に振込を希望される方は下記に記入願います。(ただし、医療機関への委任は除く。)

委任される者 住所 恵庭市
 (受領者) 氏名 _____ 印 _____ (電話 _____)

私は、上記の者に出産育児一時金の受領を委任しましたので、ここに届出します。

年 月 日
 委任する者 住所 恵庭市
 (世帯主) 氏名 _____ 印 _____
 恵庭市長 様

- *妊娠4か月以上(85日以上)であれば、死産・流産(この場合、医師の証明が必要)でも支給されます。
- *社会保険等の被保険者本人であった期間が一年以上あり、退職後6か月以内の出産は社会保険等から出産育児一時金が支給されますので国民健康保険からは支給されません。

支給方法	支給決定日	支給処理欄	受付印
<input type="checkbox"/> 口座 (全部・一部) 円)	年 月 日	異動届記入	
<input type="checkbox"/> 現金 (全部・一部) 円)	支給日	伝票	
	年 月 日	通知書発送	
備考：			

上記の者に対し、出産育児一時金を支給決定することとしてよろしいか伺います。

課 長	主 査	ス タ ッ フ