

国民健康保険出産育児一時金支給申請書

分娩者	記号 番号	浦国	氏名	生年 月日	年 月 日
	個人番号	出生児数		人	
	世帯主との 続柄	分娩の状態		<input type="checkbox"/> 正常分娩 <input type="checkbox"/> 流産・死産(妊娠 週 日)	

振込口座情報（※世帯主名義の口座を指定してください。）

金融 機関	名称	銀行・農協 信金・()				支店	名称	支店・本店 出張所			
	コード	※4桁の番号					コード	※3桁の番号			
預金種別	1. 普通 2. 当座 3. 貯蓄			口座番号							
名義人カナ氏名											

振込口座がゆうちょ銀行の場合は、下記を記入してください。

ゆうちょ銀行 記号

1				0	※
---	--	--	--	---	---

 番号

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

※6桁目がある場合に「※欄」に記入してください。

口座名義人カナ氏名

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

公金受取口座を利用します。

浦添市長 殿 年 月 日

上記のとおり出産育児一時金の申請をします。

申請者 (世帯主)	住所	個人番号
	氏名	電話番号
届出人	住所	
	氏名	電話番号

※以下は市役所記入欄

①出産育児一時金		②代理受領額	③支給決定額
<input type="checkbox"/> 産科医療補償制度あり	<input type="checkbox"/> 産科医療補償制度なし	円	①-② 円

このとおり 支給 ・ 不支給 を決定してよいでしょうか。

決定年月日	支給 金額	千 百 十 万 千 百 十 円	決 裁	課長	係長	担当
支給年月日						

備 考	<input type="checkbox"/> 申請者の身分確認	<input type="checkbox"/> 合意文書	<input type="checkbox"/> 産科医療補償制度対象分娩の確認
	<input type="checkbox"/> 国保加入6か月以上 <input type="checkbox"/> 国保加入6か月未満（・前住所地で国保・社保被扶養者・社保本人加入1年未満）		