

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 <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="width: 15px; text-align: center;">1</td><td style="width: 15px;"></td><td style="width: 15px;"></td><td style="width: 15px;"></td><td style="width: 15px;"></td><td style="width: 15px; text-align: center;">0</td><td style="width: 15px; text-align: center;">※</td></tr> </table> 番号 <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="width: 15px;"></td><td style="width: 15px;"></td></tr> </table> ※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 <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse; width: 500px; height: 20px;"> <tr><td></td></tr> </table> | | | | | | | | | | | | 1 | | | | | 0 | ※ | | | | | | | | | | | | | |
| 1 | | | | | 0 | ※ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> 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） | | | | | | | | | | |