国民健康保険　出産育児一時金支給申請書

＊太枠内をご記入ください。消せるボールペンでは記入しないでください。
＊訂正する場合は、修正テープ等を使わず訂正箇所に二重線を引いて書き直してください。

被保険者証記号番号	豊　国　１２３４５６７	
出産者氏名	豊　中　花　子	世帯主との続柄 本人・妻・その他（　　）
新生児氏名	豊　中　希　望	世帯主との続柄 子・その他（　　）
分娩年月日	令和６年　３月　２０日	
分娩の種類	☑普通分娩（帝王切開含む）　・　□死産	
支給申請額	円	

（あて先）豊中市長
関係書類を添えて、出産育児一時金の支給を申請します。
あわせて、以下の口座への振込を依頼します。

国保の世帯主の住所、氏名、連絡先電話番号を記入してください。

令和６年　３月　２５日

申請者（世帯主）住　所　〒５６１－０８８１　豊中市中桜塚３－１－１－２０３

氏　名　豊中　太郎　　電話番号　０９０－１２３４－ＸＸＸＸ

振込先										
豊　中	銀行 信用金庫 信用組合	豊　中	本店 支店 出張所	種　別	口　座　番　号					
				1．普通 2．当座 3．その他 （　　）	６	５	４	３	２	１	０
				トヨナカ　ハナコ						

振込先の金融機関・支店名、口座番号、口座名義人氏名（カタカナ）等を記入してください。
世帯主名義以外の口座に振込を希望する場合は、下の委任状欄も記入してください。

委任状欄

※世帯主以外の名義の口座への振込を希望する場合に記入

出産育児一時金の受領に関する一切の権限を（口座名義人）豊中　花子　に委任します。

委任者（世帯主）住　所　〒５６１－０８８１　豊中市中桜塚３－１－１－２０３

氏　名　豊中　太郎

市記入欄

支給決定額	円		
条例規定額※	直接払額	支給決定額	
円	－ 円	＝ 円	
※産科医療補償制度加入機関　500,000 円 非加入機関・海外出産　488,000 円　（R5.4 以降の出産）			
□資格確認	□母子健康手帳 □直接払合意文書 □領収書 □海外出産一式 □その他〔　　〕	□本庁 □庄内出張所 □新千里出張所 □郵送	
□国保加入年月日〔　　．　．　〕			

受付印
受付者

24.03