

(様式第1号)

受付番号

国民健康保険出産育児一時金受領委任払承認申請書

被保険者証 記号番号	記号	番号	世帯主名	
	豊 国			
出産者氏名			出産予定日	年 月 日

豊 中 市 長 様

上記のとおり、出産育児一時金の受領委任払承認を申請します。
なお、受領については、下欄の医療機関等に委任します。

年 月 日

世帯主 (住所) 豊中市 丁目 番 号
(氏名) _____
電話番号 () ー _____

同意書兼口座振込依頼書

(医療機関等記入欄)

上記内容にかかる出産育児一時金の受領委任に対して受任することを同意します。
なお、支給に際し下記の金融機関口座への振込を依頼します。

年 月 日

(所在地) _____

(医療機関名) _____

(都道府県・医療機関番号)

(代表者名) _____

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

妊娠状況	妊娠第 週目
------	--------

口座振込依頼欄	銀行	コード	名称	預金種目 <input type="checkbox"/> 1、普通預金 <input type="checkbox"/> 2、当座預金 <input type="checkbox"/> 4、貯蓄預金 <input type="checkbox"/> 9、その他	
	支店	コード	名称		
	口座番号		口座名義人(カタカナ記入をお願いします。)		

市記入欄	右記のとおり決定してよろしいか。				承認・不承認の別	<input type="checkbox"/> 承認	受付印		
	係	係長	課長補佐	課長		<input type="checkbox"/> 不承認			
					摘要	(出産育児一時金支給内容)		受付者	
						出産育児一時金			420,000円
	年 月 日					内訳			受領委任額 円
						対象者支給額 円			
給付要件		資格取得日	資格証明書交付状況	妊娠状況	被用者保険の支給				
		年 月 日	無 ・ 有	妊娠第 週目	無 ・ 有				

口座振込依頼書

(被保険者世帯主記入欄)

被保険者証 記号番号	記号	番号	世帯主名
	豊国		

受領委任額が国民健康保険出産育児一時金の額(420,000円)に達しない場合には、その差額は下記の金融機関口座への振込を依頼します。

口座振込依頼欄	銀行	コード	名称	預金種目	<input type="checkbox"/> 1、普通預金
					<input type="checkbox"/> 2、当座預金
	支店	コード	名称		<input type="checkbox"/> 4、貯蓄預金
					<input type="checkbox"/> 9、その他
	口座番号		口座名義人(カタカナ記入をお願いします。)		