

# 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		
出産者氏名	世帯主との続柄		
	本人・妻・その他( )		
新生児氏名	世帯主との続柄		
	子・その他( )		
分娩年月日	年	月	日
分娩の種類	<input type="checkbox"/> 普通分娩(帝王切開含む)		<input type="checkbox"/> 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。			
_____年 月 日			
申請者 _____ 千 (世帯主)住所 _____			
氏 名		電話番号	
振 込 先	銀行 信用金庫 信用組合 協同組合 ( )	本店 支店 出張所	種 別
	金融機関コード	支店コード	口 座 番 号
	1. 普通 2. 当座 3. その他 ( )		
	口座名義人(カタカナ)		
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).....に委任します。 千 委任者 住所 _____ (世帯主) 氏 名 _____		

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)		
<input type="checkbox"/> 資格確認			<input type="checkbox"/> 母子健康手帳 <input type="checkbox"/> 直接払合意文書 <input type="checkbox"/> 領収書 <input type="checkbox"/> 海外出産一式 <input type="checkbox"/> その他 [ ]
<input type="checkbox"/> 国保加入年月日 [ . . ]			<input type="checkbox"/> 本庁 <input type="checkbox"/> 庄内出張所 <input type="checkbox"/> 新千里出張所 <input type="checkbox"/> 郵送

受付印
受付者