

(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	豊中 未来
	豊 国	99999-99		
出産者氏名	豊中 希望		出産予定日	平成 19年 10月 1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。

平成 19年 3月 1日

世帯主 (住所) 豊中市 中桜塚 3丁目 1番 1号  
(氏名) 豊中 未来 (印)

電話番号 (06) 6858 - 2525

### 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。

平成 19年 3月 1日

(所在地) 大阪市 中央区 大手前 1丁目 1-1

(医療機関名) ○○総合病院

(都道府県・医療機関番号)

(代表者名) 大阪 夢

2	7	9	9	9	9	9	9	9
---	---	---	---	---	---	---	---	---

妊娠状況 妊娠第 13 週目

口座振込依頼欄	銀行	コード 9 9 9 9	名 称 □ □ 銀行	預金種目 <input checked="" 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 9 9 9	名 称 大阪支店	
	口座番号 9 9 9 9 9 9 9		口座名義人(カタカナ記入をお願いします) オオサカ ユメ	

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		
	平成 年 月 日				摘要	(出産育児一時金支給内容)		受付者
						出産育児一時金		
					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			
		平成 年 月 日	無 ・ 有	妊娠第 週目	無 ・ 有			

申請される方が記入するところです。

当該委任払を同意される医療機関等が記入するところです。

(様式第1号別紙)

受付番号

# 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	<b>豊中未来</b>
	豊国	<b>99999-99</b>		

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 checked="" 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
		9999	△△信用金庫	
	支店	コード	名称	
		999	豊中支店	
	口座番号		口座名義人(カタカナ記入をお願いします。)	
	99999999		トヨナカミライ	

申請される方が記入するところです。

(出産費用を精算されたとき、当該一時金の額に満たないときに振り込むためのものです。)

## (申請書を提出されるときのご注意事項)

- ・出産を予定されている医療機関等に、同意書兼口座振込依頼書の欄に記入してもらって下さい。
- ・申請時には、当該申請書(様式第1号)とともに、口座振込依頼書(様式第1号別紙)もいっしょに提出して下さい。