

国民健康保険出産育児一時金 ( 円) 支給申請書

(あて先) 松戸市長

下記のとおり申請いたします。

申請日	年 月 日
-----	-------

生まれた子の	出産年月日	年 月 日 (1. 出生 2. 死産 3. 流産)		
	母親の名	フリガナ	被保険者証記号番号	
	氏名	フリガナ	(世帯主からみた) 松	性別
出産した医療機関等の	名称			
	所在地			
世帯主	住所	電話 ( )		
	氏名	フリガナ		

支給額は、下記の口座に振り込んでください。(口座名義人は世帯主です)

振込先金融機関	銀行 信用金庫 信用組合 協同組合	本店支店出張所営業部	口座種別	普通当座
名義人(カナ)			口座番号	

証明欄	上記の出産(死産・流産)の事実を証明いたします。	(※死産または流産の場合に記入) 妊娠 日
医師住所 または 助産師氏名	年 月 日	受付 第 号

(出生届けがあれば証明はいりません)

ここに記載された個人情報は、国民健康保険からの給付を目的として利用されます。

委任状

受任者 住所 \_\_\_\_\_  
氏名 \_\_\_\_\_

私は上記の者を代理人と定め、出産育児一時金の受領に関する一切の権限を委任します。

委任者 住所 \_\_\_\_\_  
氏名 \_\_\_\_\_

○母の過去6ヶ月間の保険加入状況

母は松戸市国保加入前

1. 国保加入者( ) 国保

2. ( )の社保被保険者

3. 社保本人で勤続1年未満

4. 社保本人で勤続1年以上かつ、退職後

6ヶ月以内に出産

⇒ 社保より支給

⇒ 支給可

⇒ その他

⇒ 社保より支給

⇒ 支給可

⇒ その他

⇒ 支給可

⇒ その他

⇒ 支給可

⇒ その他

⇒ 支給可

⇒ その他

備考欄
添付資料 1. 母子健康手帳の写しまたは、出生を証明する書類の写し 2. 医療機関から交付される代理契約に関する文書の写し 3. 医療機関から交付される出産費用の領収・明細書の写しまたは、医療機関から交付された費用の内訳が記載された領収・明細書の写し 4. その他

母親の資格取得年月日	支払方法
年 月 日	1. 口座振替