

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                                 | 〇〇年〇〇月〇〇日 |              |           |  |
| 生まれた子の     | 出産年月日   | 〇〇年〇〇月〇〇日 (1. 出生 2. 死産 3. 流産)       |           |              |           |  |
|            | 母親のフリガナ | コクホ ハナコ                             |           | 被保険者証記号番号    |           |  |
|            | 氏名      | 国保花子                                |           | 松            | 1234567-8 |  |
|            | 母親のフリガナ | コクホ ジロウ                             |           | (世帯主からみた) 続柄 | 性別        |  |
|            | 氏名      | 国保次郎                                |           | 次男           | 男         |  |
| 出産した医療機関等の | 名称      | 松戸〇〇病院                              |           |              |           |  |
|            | 所在地     | 千葉県松戸市根本123-4                       |           |              |           |  |
| 世帯主        | 住所      | 千葉県松戸市根本387番地の5<br>電話 〇〇〇(●●●) 〇〇〇〇 |           |              |           |  |
|            | フリガナ    | コクホ タロウ                             |           |              |           |  |
|            | 氏名      | 国保太郎                                |           |              |           |  |

支給額は、下記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 | 松戸 <small>銀行 信用金庫 信用組合 共同組合</small> <b>ねもと</b> <small>本店 出張所 営業部</small> | 口座種別 | 普通・当座 |   |   |   |   |   |   |
| 名義人(カナ) | コクホ タロウ  | 口座番号 | 1     | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |

証明欄 上記の出産(流産・死産)の事実を証明いたします。(※死産または流産の場合に記入) 年 日

母子健康手帳の出生届出済証明欄(もしくは出生(死産)届)に署名・押印がある場合、この欄の記入は省略可能です。

※署名・押印ができない場合は医師・助産師にこちらを記入・押印いただくようご依頼ください。

国民健康保険からの給付を目的として利用されます。

世帯主の口座以外に振込希望の場合は、世帯主の直筆にて委任状欄をご記入ください。

## 委任状

受任者 住所 (口座名義人の住所を省略せずにご記入ください)

氏名 (口座名義人の氏名をご記入ください)

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

委任者 住所 (世帯主の直筆で住所を省略せずにご記入ください)

氏名 (世帯主の直筆で氏名をご記入ください)

すべての印(訂正印や捨て印を含む)は同一の印鑑にて押印ください。

鮮明に押印ください。

## 備考欄

## 添付資料

- 母子健康手帳の写しまたは、出生を証明する書類の写し
- 医療機関から交付される代理契約に関する文書の写し
- 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
- その他

## ○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

- 国保加入者 ( ) 国保)
- ( ) の社保被保険者
- 社保本人で勤続1年未満 → 支給可能

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

○子は( )の社保被扶養者につき、国保資格なし

○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