

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

申請日		年 月 日	
下記のとおり申請いたします。			
生まれた子の	出産年月日	年 月 日（1. 出生 2. 死産 3. 流産）	
	母親の名氏	フリガナ	被保険者記号番号
			松 -
	氏名	フリガナ	(世帯主からみた)続柄
			男・女
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	本店出張営業部	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)			
年 月 日		受付	
医師 住所		第 号	
または 助産師 氏名		(印)	
(出生届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

備考欄
○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. （ ）の社保被扶養者 3. 社保本人で勤続1年未満 ⇒支給可 4. 社保本人で勤続1年以上かつ、退職後 6ヶ月以内に出生 ⇒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			