

確 認 印		※国保課使用欄		
		世帯主リンク番号 ()		
住民基本台帳		直接支払制度利用	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし
		出産育児一時金金額	<input type="checkbox"/> 420,000円 <input type="checkbox"/> 404,000円 ... (1)	<input type="checkbox"/> 420,000円... (3) <input type="checkbox"/> 404,000円... (4)
出生届		分娩費用	円 ... (2)	
母子手帳		世帯主へ支給額	(1)-(2) 円	(3) または (4) 円

国民健康保険出産育児一時金支給申請書

申請金額				円
被保険者証 記号・番号	ながさき	世帯主氏名		
出産した母の 氏名				
出産年月日	平・令 年 月 日	男・女	1生産 2死産 () 週	
出生児氏名				
医療機関	名称			
	住所			
世帯主の振込先 預金口座	銀行	本店	普通	
	組合	支店		
	金庫	出張所	当座	
	※通帳を確認のうえ、記入してください。			

上記のとおり出産育児一時金の支給を申請します。

令和 年 月 日

世帯主住所 長崎市

フリガナ

氏名

(電話 局 番)

長崎市 様

(注) 国民健康保険以外の保険から、出産育児一時金相当の給付を受ける資格のある方については、支給されません。

- (添付書類)
- ・国民健康保険被保険者証
 - ・母子健康手帳
 - ・出産に係る費用の領収書又は明細書
 - ・出産育児一時金に係る医療機関との合意文書