

※国保課使用欄					
世帯主リンク番号 ()					
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	令和5年4月以降の出産	<input type="checkbox"/> 500,000円	… (1)	<input type="checkbox"/> 500,000円	… (3)
		<input type="checkbox"/> 488,000円		<input type="checkbox"/> 488,000円	… (4)
	令和5年3月までの出産	<input type="checkbox"/> 420,000円		<input type="checkbox"/> 420,000円	… (6)
		<input type="checkbox"/> 408,000円		<input type="checkbox"/> 408,000円	… (7)
		<input type="checkbox"/> 404,000円		<input type="checkbox"/> 404,000円	… (8)
分娩費用		円 … (2)			
世帯主へ支給額		(1)-(2) _____円		(3)～(8)のいずれか _____円	

国民健康保険出産育児一時金支給申請書

申請金額	円				
被保険者番号	ながさき	世帯主氏名			
出産者氏名					
出産年月日	令和 年 月 日	1 生産 2 死産 () 週			
出生児氏名					
医療機関等	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	当座		
	金庫	出張所			
※通帳を確認のうえ、記入してください。					
上記のとおり申請します。					
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 長 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)
- ・マイナンバーカードまたは資格確認書
 - ・母子健康手帳
 - ・出産に係る費用の領収書または明細書
 - ・出産育児一時金に係る医療機関との合意文書