

国民健康保険出産育児一時金支給申請書

支給額 円

上記金額を支給されるよう申請します。

ただし下記内訳のとおり

令和 年 月 日

世帯主住所 _____

氏名 _____ 個人番号 _____

電話番号 _____ - _____ 長崎市長 殿

受取口座	<input type="checkbox"/> 公金受取口座を利用する（利用する場合は口座情報の記入不要）。 <input type="checkbox"/> 振込口座を指定する。				
振込先	金融機関	銀行 信用金庫 信用組合 協同組合	口座種別	普通・当座・その他（ ）	
			(フリガナ) 口座名義人		
		本店 支店 出張所	口座番号		
被保険者 記号・番号	ながさき・	世帯主氏名			
出産した 被保険者氏名		個人番号		世帯主 との続柄	
出産の 年月日	令和 年 月 日	1. 生産			
		2. 死産			
世帯主以外の方が受領する場合は、下記の委任状を記入してください。 <b style="font-size: 1.2em;">委任状 令和 年 月 日 国民健康保険出産育児一時金の受領を下記の代理人に委任します。					
世帯主氏名 _____					
代理人住所 _____					
代理人氏名 _____ 個人番号 _____					

(注) 国民健康保険加入後6か月以内の出産で、出産した方が1年以上継続して社会保険の被保険者（被扶養者は除く）であった場合は、社会保険から出産育児一時金を受け取ることができます。ただし、社会保険から出産育児一時金が支給される場合は、国民健康保険からは支給されません。

処理欄	直接支払制度	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	(添付書類)	受付
	出産育児一時金額 (①)	<input type="checkbox"/> 500,000円 <input type="checkbox"/> 488,000円	<input type="checkbox"/> 資格確認書またはマイナンバーカード <input type="checkbox"/> 母子健康手帳	
	代理受領額 (②)	円	<input type="checkbox"/> 出産に係る費用の領収書または明細書 <input type="checkbox"/> 出産育児一時金に係る医療機関との合意文書	
	支給額 (① - ②)	円	<input type="checkbox"/> (死産の場合) 医師の証明書または死胎埋火葬許可証	