

見本

国民健康保険出産育児一時金支給申請書

支給額 円 **空欄のままです**

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 長崎市●●町▲-■

氏名 国保 太郎 個人番号 ●●●●●●

電話番号 ●●●-●●●●-●●●●●● 長崎市長 殿

受取口座 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）。
 振込口座を指定する。

振込先	金融機関	市役所	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 ()
		桜町	本店 支店 出張所	(フリガナ) 口座名義人	コクホ タロウ 国保 太郎
				口座番号	● ● ● ● ● ● ● ●

被保険者記号・番号 ながさき・●●●●●● 世帯主氏名 国保 太郎

出産した被保険者氏名 国保 花子 個人番号 ●●●●●●●●●● 世帯主との続柄 妻

出産の年月日 令和 ●年 ●月 ●日 1. 生産 2. 死産 _____ 週 (_____ 日)

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。

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	
	支給額 (① - ②)	円	<input type="checkbox"/> 出産育児一時金に係る医療機関との合意文書 <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	