

国民健康保険出産育児一時金支給申請書

(あて先) 大津市長 様 令和 年 月 日

世帯主 (申請者) 住 所 氏 名

電話番号 (□自宅/□携帯) - -

下記のとおり出産育児一時金の支給申請をします。

被 保 険 者 記 号 ・ 番 号		滋 大							
出 生 児	氏 名					申請者との続柄			
	生年月日	令和 年 月 日	分娩時の状況		生 ・ 死				
分娩者の氏名		分娩者の個人番号							
振 込 先 (下記のチェックボックスいずれかを選択ください。)									
☐ <u>世帯主の公金受取口座</u> を利用する (利用者は、以下の口座記載は不要です。)									
☐ 振込口座を指定する									
銀 行 農 協 信用金庫		口座 (普・貯・当)							
本 店 ・ 支 店 出張所 ・ 代理店		店 番	(カタカナ)						
			口座 名義人						
※振込先の銀行支店名及び口座番号は正確にご記入ください。 ※保険料に未納がある場合は、口座振込できない場合があります。 ※公金受取口座の利用が出来るのは、大津市に住民票がある方で世帯主のみとなります。 ※振込口座に記載がある場合は、上記のチェックボックスに関わらず、記載の口座に振込みいたします。									

※別世帯の方が口座名義人の場合は、下記委任欄を必ずご記入ください。

出産育児一時金の受領については、上記の者に委任します。 令和 年 月 日 氏名 印

(注意事項)

- 死産・海外出産の場合は、医師の証明等、事実確認のできるものを添付してください。
- 他の健康保険から、これに相当する給付を受けられる場合 (他の健康保険で、被保険者本人としての期間が継続して1年以上あった者が、資格喪失後6ヵ月以内に分娩した場合など) は、支給できません。

※受付時記入欄

添付書類の確認 (必須)	備 考	受付者
☐ 直接支払制度の合意文書 (写) ☐ 出産費用の領収・明細書 (写) ☐ その他必要書類 ()		

受付印