

# 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

〒 -

住所 \_\_\_\_\_

世帯主 (申請者) 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。

|  |      |                  |            |          |   |        |  |   |  |   |  |         |  |  |  |  |  |  |  |
|--|------|------------------|------------|----------|---|--------|--|---|--|---|--|---------|--|--|--|--|--|--|--|
| 被保険者証の記号・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。)  |      |                  |            |          |   |        |  |   |  |   |  |         |  |  |  |  |  |  |  |
| <input type="checkbox"/> <u>申請者の公金受取口座</u> を利用する (利用者は、以下の口座記載は不要です。)  |      |                  |            |          |   |        |  |   |  |   |  |         |  |  |  |  |  |  |  |
| <input type="checkbox"/> 振込口座を指定する   |      |                  |            |          |   |        |  |   |  |   |  |         |  |  |  |  |  |  |  |
|  |      | 銀行<br>農協<br>信用金庫 | 口座 (普・貯・当) |          |   |        |  |   |  |   |  |         |  |  |  |  |  |  |  |
|  |      | 本店・支店<br>出張所・代理店 | 店番         | (カタカナ)   |   |        |  |   |  |   |  |         |  |  |  |  |  |  |  |
|  |      |                  | 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。<br>※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。<br>※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 (申請者) のみとなります。<br>※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。 |      |                  |            |          |   |        |  |   |  |   |  |         |  |  |  |  |  |  |  |

## (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。

受付印

## ※受付時記入欄

| 添付書類の確認 (必須)   | 備考 | 受付者 |
|--|----|-----|
| <input type="checkbox"/> 直接支払制度の合意文書 (写)<br><input type="checkbox"/> 出産費用の領収・明細書 (写)<br><input type="checkbox"/> その他必要書類 ( ) |    |     |