

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

丁 一

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>世帯主の公金受取口座を利用する</u> (マイナンバーカードと紐づけて登録した口座)												
<input type="checkbox"/> 振込口座を指定する (下記に金融機関の名称等ご記入ください。)												
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。

令和 年 月 日

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。 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ヶ月以内に分娩した場合など)は、支給できません。
- 出産育児一時金の請求権は、2年の時効により消滅します。(法第百十条)

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) <input type="checkbox"/> 出産費用の領収・明細書(写) <input type="checkbox"/> その他必要書類 ()		