

国民健康保険出産育児一時金支給申請書

|                                                                                                                                                                     |                                                    |                                                         |  |           |       |  |  |      |  |       |           |  |  |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------|---------------------------------------------------------|--|-----------|-------|--|--|------|--|-------|-----------|--|--|
| 支給申請<br>金額                                                                                                                                                          | <input type="checkbox"/> 産科医療補償制度に加入している医療機関等での出産  |                                                         |  |           |       |  |  |      |  |       | 円         |  |  |
|                                                                                                                                                                     | <input type="checkbox"/> 産科医療補償制度に加入していない医療機関等での出産 |                                                         |  |           |       |  |  |      |  |       | 円         |  |  |
|                                                                                                                                                                     | <input type="checkbox"/> 直接支払制度を利用した出産で、差額が生じた場合   |                                                         |  |           |       |  |  |      |  |       | (差額)<br>円 |  |  |
| 被保険者記号番号                                                                                                                                                            |                                                    |                                                         |  |           |       |  |  |      |  |       |           |  |  |
| 出産した被保険者                                                                                                                                                            |                                                    | 氏名                                                      |  |           |       |  |  |      |  |       |           |  |  |
|                                                                                                                                                                     |                                                    | 個人番号                                                    |  |           |       |  |  | 生年月日 |  | 年 月 日 |           |  |  |
| 出産した年月日                                                                                                                                                             |                                                    | 年 月 日 生産・死産（妊娠経過期間 週）                                   |  |           |       |  |  |      |  |       |           |  |  |
| 出産児の氏名                                                                                                                                                              |                                                    |                                                         |  |           |       |  |  |      |  |       |           |  |  |
| 出産した医療機関等                                                                                                                                                           |                                                    |                                                         |  |           |       |  |  |      |  |       |           |  |  |
| 振込<br>先<br>口座                                                                                                                                                       | 金融機関名                                              | 銀行・金庫・信組・農協 本店・支店                                       |  |           |       |  |  |      |  |       |           |  |  |
|                                                                                                                                                                     | 預金種別                                               | <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座 |  | 口座<br>名義人 | ﾌｶｶﾞﾅ |  |  |      |  |       |           |  |  |
|                                                                                                                                                                     | 口座番号                                               |                                                         |  |           |       |  |  |      |  |       | 氏名        |  |  |
| <p>上記のとおり、出産育児一時金の支給申請をします。</p> <p>なお、振込先の口座名義人が申請者（世帯主）と異なる場合には、上記の口座名義人を代理人とし、受領に関する権限を委任します</p> <p>年 月 日</p> <p>住所</p> <p>竹田市長 様 申請者（世帯主）氏名</p> <p>個人番号 電話番号</p> |                                                    |                                                         |  |           |       |  |  |      |  |       |           |  |  |

※ 健康保険でいう出産とは、妊娠85日（4ヶ月）以後の生産（早産）、死産（流産）、人工妊娠中絶を言います。

※ 差額支給申請のときは、医療機関と交わした合意文書と出産費用の領収書を添付してください。

※ 出産した被保険者が、以前加入していた職場の健康保険の資格喪失後6ヶ月以内の出産で、以前加入していた健康保険の本人の加入期間が継続して1年以上あるときは、前の職場の健康保険に申請することができます。

|                       |                 |                                                                                                                                                                                                  |        |                                                                                                                          |   |              |
|-----------------------|-----------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|--------------|
| 市<br>の<br>記<br>入<br>欄 | 窓口に来た方          | <input type="checkbox"/> 世帯主 <input type="checkbox"/> 同一世帯員 <input type="checkbox"/> 代理人                                                                                                         | 個人番号確認 | <input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> 通知カード <input type="checkbox"/> 住民票 <input type="checkbox"/> 公簿 |   |              |
|                       | 窓口に来た方<br>の本人確認 | <写真付き1点確認> <input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> 旅券 <input type="checkbox"/> 身障手帳 <input type="checkbox"/> 在留カード <input type="checkbox"/> （ ） |        |                                                                                                                          |   |              |
|                       | 代理権の確認          | <写真なし2点確認> <input type="checkbox"/> 資格確認書等 <input type="checkbox"/> 年金手帳 <input type="checkbox"/> 身分証明書 <input type="checkbox"/> （ ）                                                             |        |                                                                                                                          |   |              |
|                       | 他法給付            | <input type="checkbox"/> 戸籍謄本(法定代理人) <input type="checkbox"/> 委任状 <input type="checkbox"/> 委任状省略(同一世帯員) <input type="checkbox"/> 本人しか持ち得ない書類（ ）                                                  |        |                                                                                                                          |   |              |
|                       | 添付書類            | <input type="checkbox"/> 医療機関と交わした合意文書 <input type="checkbox"/> 領収明細書 <input type="checkbox"/> その他（ ）                                                                                            |        |                                                                                                                          |   |              |
|                       | 差額支給額<br>計算     | 出産育児一時金①                                                                                                                                                                                         |        | 直接支払制度の支給額②                                                                                                              |   | 差額支給決定額（①-②） |
|                       | 円               |                                                                                                                                                                                                  | 円      |                                                                                                                          | 円 |              |