

国民健康保険出産育児一時金支給申請書

出産育児一時金申請額	円
被保険者番号	
分娩者氏名 (生年月日)	年 月 日生
分娩年月日	年 月 日
分娩の種類	<input type="checkbox"/> 生産・早産(第 週) <input type="checkbox"/> 死産・流産(第 週) <input type="checkbox"/> 差額支給
医療機関等	所在地
	名称
上記のとおり申請します。 年 月 日 住 所 北秋田市 (申請者) 世帯主氏名 (※) 電話番号 北秋田市長 殿 ※本人が手書きしない場合は、記名押印してください。	

振込金融機関	支払区分	1. 口座振込 2. 窓口支払	銀行 農業協同組合 信用組合 信用金庫 労働金庫	本店 本所 支店 支所
	預金種別	1. 普通 2. 当座	口座番号	口座名義(カタカナ)

受取代理人の欄	本請求に基づく給付金の受領を代理人に委任します。		年 月 日	受付日付印
	世帯主 (申請者)	氏名	印	
	代理人	氏名	印	
		住所	<input type="checkbox"/> 同上	

(注1) 国保加入前に健康保険、各種共済組合などの被用者保険に1年以上加入していた被保険者がその被用者保険をやめた日から6ヶ月以内に出産したときは、従前加入していた被用者保険から支給できる場合があります。ただし、社保の扶養だった場合、他市の国保、国保組合だった場合は除きます。

職員記入欄	確認事項 (写しを添付すること)			分娩者の資格取得年月日 年 月 日
	<input type="checkbox"/> 住民票等照合 <input type="checkbox"/> 出生届 <input type="checkbox"/> その他()	<input type="checkbox"/> 戸籍等照合 <input type="checkbox"/> 死産届	<input type="checkbox"/> 母子手帳 <input type="checkbox"/> 海外出産	
	<input type="checkbox"/> 差額支給	<input type="checkbox"/> 領収・明細書の写し <input type="checkbox"/> 直接支払制度利用の文書の写し		
	<input type="checkbox"/> 直接支払制度未利用	<input type="checkbox"/> 領収・明細書の写し <input type="checkbox"/> 未利用の文書の写し <input type="checkbox"/> 死産証明の写し		
<input type="checkbox"/> 海外出産	<input type="checkbox"/> 海外での出生証明書の写しと翻訳文			