

直接支払制度や受領委任払制度を利用せず、産科医療補償制度に加入している医療機関で妊娠22週以降に出産した場合の申請書です。

国民健康保険出産育児一時金支給申請書

出

下記のとおり申請します。

平成■■年■■月■■日

(宛先) 新潟市長

申請者(世帯主)

〒■■■■-■■■■

住所

新潟市

中央区学校町通■■番町■■番地■■

氏名

新潟 太郎

電話番号

■■■■-■■■■-■■■■

分娩者氏名

新潟 花子

被保険者証
の記号・番号

新潟

12-345-67890

分娩年月日

平成■■年■■月■■日

分娩の種類

生産 死産・流産(妊娠週)

フリガナ

ニイガタ リュウト

分娩医療機関

〇〇病院

出生児氏名

新潟 柳都

男
 女

分娩6か月前の保険

国保 社保本人 社保扶養 その他

世帯主との続柄

子

出生時の国保加入

必要 不要

備考

子を他の健康保険の扶養に入れる場合は「不要」に、新潟市の国保に加入する場合は「必要」にチェックをつけてください。

支払区分	口座振替金融機関	預金種別	口座番号	口座名義
<input checked="" type="radio"/> 1 口座振替 <input type="radio"/> 2 その他 (現金受領の場合は、押印が必要です。)	<input checked="" type="radio"/> 銀行 <input type="radio"/> 信用金庫 <input type="radio"/> 信用組合 <input type="radio"/> 労働金庫 <input type="radio"/> 農協	<input type="radio"/> 本店 <input checked="" type="radio"/> 支店 <input type="radio"/> 出張所	<input checked="" type="radio"/> 1 普通 <input type="radio"/> 2 当座 <input type="radio"/> 3 貯蓄 <input type="radio"/> 4 別段	1234567 (フリガナ) ニイガタ タロウ 氏名 新潟 太郎

委任状

この欄は申請者(世帯主)以外の口座に振り込みを希望する場合に記入してください。

支給される出産育児一時金の受領を下記の者に委任します。

年 月 日

〒■■■■-■■■■

受任者

別々の印鑑(認印でも可)を押してください。

住所

氏名

印

電話番号

(受任者、委任者とも押印願います。)

委任者(世帯主)

印

処理欄(以下は、記入しないでください。)

受付番号	支給決定金額	受付区	管轄区	記事欄
	¥ 4 2 0 0 0 0 円			

この欄は記入不要です。

チェック項目 直接支払制度の利用「なし」、産科医療補償制度の「対象」であること
添付書類(合意文書の写し、領収・明細書の写し)

記載例