

出産育児一時金支給申請書

出産育児一時金	円		病院代理受取額 円		
出産した者の氏名	分娩日時	平・令	年	月 日	
個人番号					
出生児氏名	世帯主との続柄				
被保険者証記号番号					
出産に立ち会った医師又は助産婦	住所				
	氏名				
備考					
上記のとおり出産育児一時金の支給を受けたいので申請します。 令和 年 月 日 住所 高岡市 _____ 高岡市長あて 世帯主名 _____ <div style="text-align: right;">TEL _____</div> 出産育児一時金は、下記の口座に振り込んでください。					
振込金融機関名		金融機関コード	種類	(フリガナ) 口座名義	口座番号
銀行 信金 信組 農協 金庫	本店 支店 出張所		普通 ・ 当座		
保険年金課 確認欄	支給要件 12週(85日) 以後の出産	適 ・ 否	産科医療補償制度 加入医療機関	・加入 ・未加入	受付
	本人確認	運転免許証 ・ 個人番号カード ・ 不可 ・ その他 ()			入力
国保加入期間	・6か月以上 ・6か月未満 (社保本人/被扶養 共済本人/被扶養 他国保 転入)		前保険での支給歴	無・有 <input type="checkbox"/> 申請者へ説明	