様式第１号（第２条関係）

国民健康保険出産育児一時金支給申請書

この申請書は、国民健康保険に加入している方が出産したとき、出産育児一時金が支給される手続きに使用します。

出産育児一時金	＿＿＿＿＿＿＿＿円　〔病院代理受取額　＿＿＿＿＿＿＿＿円〕

＜出産した方＞　（国民健康保険の被保険者）

氏名		個人番号											
		被保険者記号番号											

＜出産に立ち会った医師又は助産師＞

氏名	
住所	
分娩日時	

＜申請者＞　（国民健康保険の世帯主）

高岡市長あて　　（申請日）　　年　　月　　日

次のとおり葬祭費の支給を受けたいので申請します。

氏名		電話番号	－　　－
住所	（建物名等）		

＜受取方法＞　※原則として世帯主の口座を指定してください。

□ 世帯主の公金受取口座を利用します。（利用する場合口座情報の記入は不要です。）

世帯主の公金受取口座を利用する場合は世帯主の個人番号を以下に記入してください。

世帯主の個人番号

□ 振込口座を指定します。

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		

高岡市使用欄

受付時	・産科医療補償制度加入医療機関【　加入　・　未加入　】　・支給要件　12 週（85 日）以後の出産

本人確認	受付
運転免許証 個人番号カード 不可 その他（　　）	