

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	高岡 花子					個人番号	1	2	3	4	5	6	7	8	9	1	2	3
						被保険者 記号番号	1 2 3 4 5 6											
< 出産に立ち会った医師又は助産師 >																		
氏名	万葉 一郎																	
住所	高岡市宝町4番1号					医療機関名												
分娩日時	令和 7年 3月 1日																	
< 申請者 >（国民健康保険の世帯主）																		
高岡市長あて（申請日） 令和 7年 4月 1日 次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。																		
氏名	高岡 太郎					電話番号	0766-20-1361											
住所	（建物名等） 高岡市広小路7番50号																	
< 受取方法 > ※原則として世帯主の口座を指定してください。																		
<input type="checkbox"/> 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																		
<div>公金受取口座とは、公的な給付金の受け取りのためにマイナンバーカードを利用してマイナポータルから登録した口座のことです。 チェックした場合は、下記の口座情報の記入は不要です。</div>																		
<input checked="" type="checkbox"/> 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	タカオカ ハナコ			1 2 3 4 5 6 7										
※口座名義人が申請者と異なる場合に、記入ください。																		
住所			氏名			世帯主からみた続柄												

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【 該当 ・ 非該当(不可) 】	・他保険支給【 無 ・ 有(不可) 】
-----	--	---------------------

本人確認	受付
運転免許証 個人番号カード 不可 その他()	