

国民健康保険 出産育児一時金 支給申請書

下條村長 様

令和 年 月 日

申請者（世帯主）

窓口に来た方

住 所

※ 世帯主の場合、記入は不要です。

氏 名

氏 名

個人番号

世帯主と
の 続 柄

電 話

下記のとおり申請します。

被 保 険 者 の 記 号 番 号												
分娩(出産)した 被 保 険 者	氏 名			世帯主との続柄								
	生年月日	年 月 日										
	個人番号											
分 娩 年 月 日	年 月 日		分 娩 等 の 種 類	正常 流産（ ヶ月）・早産（ ヶ月） 流産（ ヶ月）・死産（ ヶ月）								
出 産 児 氏 名	(死産・流産・人工妊娠中絶等の場合、記載は不要です)			世帯主との続柄								
申 請 額	円											
振 込 先 金 融 機 関	<input type="checkbox"/> <u>公金受取口座を利用する</u> （利用する場合は口座情報の記入不要） 公金受取口座を登録していない方は、マイナポータルから簡単に登録 いただけます。通帳等の写しの提出も不要になります。			<input type="checkbox"/> 振込口座を指定する								
	銀 行	本 店	口座の種類	1 普通 2 当座 3 その他（ ）								
	信用組合	支 店	口 座 番 号									
	信用金庫	支 所	フリガナ									
	農 協	出張所	口座名義人									
委 任 状	(申請者と口座名義人が相違する場合は、下記に記名・押印してください。) 国民健康保険出産育児一時金の受領について、上記の口座名義人に委任いたします。 申請者（世帯主） 氏名 _____ ㊞											
出産に立ち会っ た 医 師 又 は 助 産 師 の 証 明	上記のとおり流産、死産（ ヶ月）であることを証明します。 年 月 日 住 所 _____ 氏 名 _____											

***** 以下、市町村自由使用欄 *****

令和 年 月 日

申請者
(委任をする人)

下條村国民健康保険の

- 1 資格確認書の再発行の手続き及び受領に関すること
- 2 限度額適用認定証及び標準負担額減額認定証の発行及び受領に関すること
- 3 国民健康保険税（料）に関すること
- 4 その他の事項（ ）に関すること

代 理 人 住 所
(委任を受けた人) 氏 名
電 話

***** 以下の欄は、記入不要です。 *****

来 庁 者 の 確 認	(1点確認)
	① <input type="checkbox"/> 個人番号カード
	② <input type="checkbox"/> 運転免許証・運転経歴証明書 <input type="checkbox"/> 旅券（パスポート） <input type="checkbox"/> （ ）手帳 <input type="checkbox"/> 在留カード <input type="checkbox"/> 特別永住証明書
	③ <input type="checkbox"/> 官公署から発行・発給された写真付の証等（ ） ＜氏名、生年月日又は住所記載のもの＞
	【① - ③の証の発行・登録番号等.....】
(2点確認)	
④ ア <input type="checkbox"/> 資格確認書 <input type="checkbox"/> 年金手帳 <input type="checkbox"/> 児童手当・児童扶養手当証書 イ 官公署・個人番号利用事務実施者・個人番号利用事務関係者発行の書類等 ＜氏名、生年月日又は住所記載のもの＞ <input type="checkbox"/>被保険者証 <input type="checkbox"/> 国保税納税通知書等 <input type="checkbox"/>証書（手帳） 証・種類名等（.....）	
	【④の証・書類の発行・登録番号等.....】
⑤ その他の書類等（.....）	