

国民健康保険 出産育児一時金 支給申請書

請求金額 円

上記金額を支給されるよう申請します。

ただし下記内訳のとおり

年 月 日

申請者 (世帯主) 住所 宝塚市 _____

氏名 _____ 個人番号 - - _____

電話番号 _____

宝塚市長 宛

※振込先は世帯主様の口座をご記入ください。

振込先	金融機関	<input type="checkbox"/> 銀行 (フリガナ)	口座名義人					
		<input type="checkbox"/> 信用金庫	口座種別	普通・当座・貯蓄				
		<input type="checkbox"/> 信用組合		口座番号				
		<input type="checkbox"/> 農協						
		<input type="checkbox"/> 支店						
		<input type="checkbox"/> 出張所						
		<input type="checkbox"/> 支所						
<input type="checkbox"/> 公金受取口座を利用します。 ※本市に住民票のない方、公金受取口座を登録していない方は、ご利用いただけません。								
被保険者の記号番号			世帯主氏名					
出産した被保険者氏名			個人番号	-	-	世帯主との続柄		
出産した被保険者の生年月日	年	月	日	出産の年月日	年	月	日	

☆ 必須添付書類 支払明細書付領収書(写し)				受付者	
<input type="checkbox"/> 出産	<input type="checkbox"/> 母子健康手帳	<input type="checkbox"/> 住民票	で確認		
_____ の分娩の事実を	<input type="checkbox"/> 死産	<input type="checkbox"/> 死胎埋火葬許可証 (支給要件は満12週以上 [妊娠週数])	で確認 (週)	貸付の有無	<input type="checkbox"/> 有 (万円) <input type="checkbox"/> 無
分娩した被保険者の国保資格取得年月日	資格取得日が分娩時より6ヶ月以内の場合の備考等				
年	月	日		担当者	
保険税	<input type="checkbox"/> 完納 <input type="checkbox"/> 未納	未納の場合の納税相談等	<input type="checkbox"/> 口座振込 <input type="checkbox"/> 窓口払い		