

国民健康保険出産育児一時金支給申請書

年 月 日

越谷市長宛

住所

(世帯主) 氏名

電話

次のとおり申請します。

記号・番号		出産者の 適用開始 年 月 日	年 月 日
フリガナ		生年月日	年 月 日
----- 出産者氏名			
出産年月日	年 月 日		
死産の場合	妊娠 か月		
支給申請金額	円		

※ 支給金額は下記の金融機関口座に振り込んでください。

銀行 信用金庫 農協	支店	口座 番号	普通・当座	フリガナ ----- 名義人 (世帯主)	
------------------	----	----------	-------	-------------------------------	--

(注) この申請は、出産者が越谷市国保に加入している場合のみ申請できるものです。
なお、出産者が社会保険等のある会社等を退職し、6か月以内の出産で分娩費等の
支給が受けられる場合は、社会保険へ請求してください。
(この場合、国保から出産育児一時金は支給しません。)

(受理日)

整理番号	第 号
受付場所	<input type="checkbox"/> 市民課 <input type="checkbox"/> 南部出張所 <input type="checkbox"/> 北部出張所
確認	<input type="checkbox"/> 出生証明書(出生届書) <input type="checkbox"/> 端末機 <input type="checkbox"/> 納付状況 <input type="checkbox"/> その他

※ 妊娠85日以上の出産であれば、死産・流産でも支給されます。