

国民健康保険出産育児一時金支給申請書

越谷市長宛

市役所で申請する日付と、世帯主の住所・氏名、連絡先の電話番号をご記入ください

令和〇〇年〇〇月〇〇日

住所

越谷市越ヶ谷〇-〇〇-〇

出産された方の氏名・生年月日・保険証の右上に記載してある記号番号・出産年月日等をご記入ください

(世帯主)

氏名

国保 太郎

印

電話

〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇

次のとおり申請します。

被保険者証の記号番号	1 2 3 4 5 6 7	出産者の適用開始年月日	昭和 平成 25 年 〇〇 月 〇〇 日 令和
フリガナ	コクホ ハナコ	生年月日	昭和 平成 60 年 〇〇 月 〇〇 日
出産者氏名	国保 花子	出生児氏名	国保 一郎
出産年月日	平成 令和 1 年 〇〇 月 〇〇 日	死産年月日	平成 令和 年 月 日
死産の場合	妊娠 〇 月 (〇 週)		
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。

〇〇〇〇	銀行 信用金庫 農協	〇〇 支店	口座番号	普通・当座 〇〇〇〇〇〇〇	フリガナ 名義人 (世帯主)	コクホ タロウ 国保 太郎
------	------------------	-------	------	------------------	----------------------	------------------

(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)

世帯主名義の口座情報をご記入ください
 ※世帯主以外の名義の口座への振込みの場合、別途「委任状」が必要となります

整理番号	第 〇 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。