

国民健康保険 出産育児一時金 支給申請書兼請求書

記号・番号	記号	33-	番号	
個人番号(出産者のマイナンバー)				
出産者氏名				
出生年月日		妊娠期間	満	週
出産病院名	電話 - -			
病院住所				
出産育児一時金(A)	450,000円	直接支払い利用額(B)		申請額(A)-(B)
上記のとおり出産育児一時金を申請額のとおり請求いたします。 なお、請求金額は下記口座に振込んで下さい。				

振込先	<input type="checkbox"/> 銀行 <input type="checkbox"/> 信用金庫 <input type="checkbox"/> 信用組合 <input type="checkbox"/> 農業協同組合		<input type="checkbox"/> 本店 <input type="checkbox"/> 支店 <input type="checkbox"/> 出張所 <input type="checkbox"/>	
振込口座	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座	口座番号		
フリガナ				
口座名義				

世帯主の住所 小金井市 町 丁目 番 号
マンション・アパート

フリガナ
 世帯主氏名

(印)

T E L () -

年 月 日 (宛先) 小金井市長

職員記入欄

※ 国保法でいう出産とは、12週以上の分娩です。

母の資格取得日	年	月	日	(取得6ヶ月未満時の前資格)
---------	---	---	---	----------------

※ 1年以上社保であった者が、その資格を喪失した日後6月以内に出産した場合、当該社保の保険者へ支給を受ける旨の意思表示をしたときは、当該社保の保険者が支給するため、申請の有無の確認をする。また、保険者が国保組合・自治体の場合は資格確認をする(出産担当が確認)。

1 共通確認

- 時効(出産日の翌日から2年以内) 世帯主氏名 口座記入 押印

確認者

2 必要書類(写し)

- 母子手帳(流産・死産・海外出産のときは医師の証明書)(※海外出産の場合は和訳文)
 医療機関が発行した出産費用の領収・明細書(※海外出産の場合は和訳文)
 医療機関が発行した直接支払に関する合意文書

--	--

国民健康保険 出産育児一時金 支給申請書兼請求書

見本

記号・番号	記号	33-〇〇	番号	〇 〇 〇 〇
個人番号(出産者のマイナンバー)		〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇		
出産者氏名				
出生年月日		妊娠期間	満	週
出産病院名	〇〇病院		電話	〇〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇〇
病院住所	〇〇県〇〇市〇〇町〇-〇-〇			
出産育児一時金(A)	450,000円	直接支払い 利用額(B)	円	申請額 (A)-(B)
			円	円
上記のとおり出産育児一時金を申請額のとおり請求いたします。 なお、請求金額は下記口座に振込んで下さい。				

金額を記入してください。

振込先	<input type="checkbox"/> 銀行	<input type="checkbox"/> 本店
	<input type="checkbox"/> 信用金庫	<input type="checkbox"/> 支店
	<input type="checkbox"/> 信用組合	<input type="checkbox"/> 出張所
		<input type="checkbox"/>
振込口座	<input type="checkbox"/> 普通	
フリガナ	<p>出産育児一時金の振込口座をご記入ください。</p>	
口座名義		

世帯主の住所 小金井市 町 丁目 番 号

マンション・アパート

フリガナ
世帯主氏名

印

押印してください。

T E L () -

年 月 日 (宛先) 小金井市長

職員記入欄

の分娩です。

・母子手帳(流産・死産・海外出産のときは医師の証明書)
(※海外出産の場合は和訳文)

・医療機関が発行した出産費用の領収と明細書
(産科医療補償制度加入機関の記載が入ったもの)

(※海外出産の場合は和訳文)

確認者

2 必要書類

- 母子手帳(流産・死産・海外出産のときは医師の証明書)(和訳文)
- 医療機関が発行した出産費用の領収・明細書(※海外出産の場合は和訳文)
- 医療機関が発行した直接支払に関する合意文書

確認者
