

国民健康保険出産育児一時金支給申請書

日田市長殿

一金 円也

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

直接支払制度を利用し

出産費用が 円未満の場合その差額 円

*産科医療保障制度に加入しない医療機関等において出産した場合は 円

年 月 日

申請者住所

氏名 個人番号

電話番号

受取口座	☐ 公金受取口座を利用する（利用する場合は口座情報の記入不要）。 ☐ 振込口座を指定する。								
世帯主 振込先	金融機関	銀行	(フリガナ)						
		支店	口座名義人						
	口座種別	普通・当座・その他（ ）	口座番号	:	:	:	:	:	:
被保険者 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			
出産の 年月日			支払い種別 (出生前の請求は 貸付となります。)	支給 ・ 貸付					
出産の種類	正常、 早産（ ヶ月） 流産（ ヶ月） 死産（ ヶ月）								
出産に立 会った医師 又は助産師 の証明	証明書								
	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								
確 認	受付済								

上記により支給される金額の受領を（ ）に委任します。委任者（ ）
住所(受任者)： 電話番号(受任者)：