

国民健康保険出産育児一時金支給申請書

支給額 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

世帯主住所 _____

氏名 _____ 個人番号 _____

電話番号 _____

岡山市長 様

受取口座	<公金受取口座を利用する場合は□を、利用しない場合は下記に口座を記入してください。> マイナポータル等で <input checked="" type="checkbox"/> 申請者(世帯主)の公金受取口座を利用します。 事前登録した <input type="checkbox"/> 受取代理人の公金受取口座(個人番号: _____)を利用します。				
振込先	金融機関	(フリガナ) 口座名義人			
	口座種別	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	支払種別 (出生前の請求は、 貸付となります。)				
出産の 週(日)数	生産 死産(妊娠週数満 週 日)	出生者氏名 (死産の場合は記載不要です)			

受取代理人の公金受取口座を利用する場合、
岡山市に住民票のない方は個人番号を記入してください。

世帯主以外の方が受領する場合は、下記の委任状を記入してください。

委任状 年 月 日

国民健康保険出産育児一時金の受領を下記の代理人に委任します。

世帯主住所 _____

世帯主氏名 _____ (署名または記名押印)

代理人住所 _____

代理人氏名 _____ 個人番号 _____

確認	6ヶ月以上資格	有 無	料金課確認		出生届確認	区役所受付	受付
	直接支払制度利用	有 無	担当				
	産科医療補償制度登録	有 無					
	助産制度利用	有 無					
	確認方法: 免許証 ・ 資格確認書 ・ 番号カード ・ 旅券 ()						