

出産育児一時金支給申請書

直接支払制度利用の有無				有 ・ 無			
申請金額				円	ただし、福知山市国民健康保険条例第5条による出産育児一時金		
被保険者証記号番号	記号	福			番号		
出産した被保険者	氏名			生年月日	年 月 日	世帯主との続柄	
出産日について	分娩日	令和	年 月 日	妊娠週数	週	出産の別	<input type="checkbox"/> 生産 <input type="checkbox"/> 死産(22週以上) <input type="checkbox"/> 流産(12週以上22週未満)
出産した病院等	名称						
	所在地						
上記の出産について他の健康保険等から本申請に相当する給付を受けた(受ける)ことの有無						有 ・ 無	

上記のとおり申請します。

令和 年 月 日

福知山市長 様 〒 -

住 所 福知山市 _____

【世帯主】 氏 名 _____

電話番号 _____

委任の欄	世帯主以外の方が給付金の受領をされる場合に記入してください。	上記出産育児一時金の受領を、下記の者に委任します。 住 所 _____ 氏 名 _____ 令和 年 月 日 世帯主 _____
------	--------------------------------	---

口座振替(送金)依頼	金融機関名		種目	口座番号			
	銀行		本店				
	信用金庫		支店				
	農業協同組合		支所				
フリガナ							
口座名義							
□マイナポータル等で登録した公金受取口座を利用する。							

※これより下の欄には記入しないでください。

上記の出産に係る確認	1 医師または助産婦の証明	出産した被保険者の資格	受 付 印		
	2 出生届書	取得年月日			
	3 母子手帳	年 月 日			
	4 領収・明細書	喪失年月日			
	5 医療機関等との直接支払制度合意文書	年 月 日			
決 裁 処 理	1 支給する	制度利用有	病院への直接支払い額	円	受付者
		制度利用無	世帯主への差額支給額	円	
2 支給しない	(支給しない理由)			円	