**国民健康保険 出産育児一時金 支給申請書**

長和町長　様

　　年　　月　　日

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 申請者（世帯主） |  | 窓口に来た方 |
| 住所 |  |  | ※ 世帯主の場合、記入は不要です。 |
| 氏名 |  |  | 氏名 |  |
| 電話 |  |  | 世帯主との続柄 | 　 |

下記のとおり申請します。

|  |  |
| --- | --- |
| 被保険者証の記号番号 | ・ |
| 分娩(出産)した被保険者 | 氏名 |   | 世帯主との続柄 | 　 |
| 生年月日 | 年　　　　月　　 日 |
| 分娩年月日 | 年　　　　月　　 日 | 分娩等の種類 | 正常 　　　　 ・早産（　 ヶ月）流産（　 ヶ月）・死産（ 　ヶ月） |
| 出産児氏名 | （死産・流産・人工妊娠中絶等の場合、記載は不要です） | 世帯主との続柄　 |  |
| 申請額 | 円 |
| 振込先金融機関 | □**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）公金受取口座を登録していない方は、マイナポータルから簡単に登録いただけます。通帳等の写しの提出も不要になります。 | □振込口座を指定する |
| 銀行信用組合信用金庫農協 | 本店支店支所出張所 | 口座の種類 | １普通 ２当座 ３その他（ 　　） |
| 口座番号 |  |
| フリガナ |  |
| 口座名義人 |  |
| 委任状 | (申請者と口座名義人が相違する場合は、下記に記名・押印してください。)国民健康保険出産育児一時金の受領について、上記の口座名義人に委任いたします。　　　　　申請者（世帯主）　氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞ |
| 出産に立ち会った医師又は助産師の証明 | 上記のとおりであることを証明します。　　　年　　　月　　　日住所　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　 |

\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\* 以下、市町村自由使用欄 \*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*