（様式第10）（第14条関係）

国民健康保険出産育児一時金支給申請書

＊申請者の方は①から⑩までをご記入ください

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ①被保険者証  　記号・番号 | い い だ | | | | | | | | | ②分娩（出産）した者  の氏名・生年月日 | | | 氏 名  年　　月　　日 | | |
|  | |  | - | |  |  |  |  |
| ③出産児の氏名  (死産・流産・人工妊娠中絶の場合は記載不要) | | | | |  | | | | | | ④分娩（出産）の日 | | | | 年　　月　　日 |
| ⑤分娩した者の国保資格  取得年月日 | | | | | 年　　月　　日 | | | | | | ⑥死産・流産等の場合  　在胎週数 | | | | 週 |
| ⑦分娩した医療機関 | | | | |  | | | | | | | | | | |
| 出　産　育　児　一　時　金　支　給　額　　　　　（Ａ） | | | | | | | | | | | | | | ５００，０００　円 | |
| 飯 田 市 か ら 医 療 機 関 等 へ の 支 払 額 　 （Ｂ） | | | | | | | | | | | | | | 円 | |
| 出 産 育 児 一 時 金 支 給 申 請 額　　 （Ａ）－（Ｂ） | | | | | | | | | | | | | | 円 | |
| ⑧上記のとおり出産育児一時金の支給を申請します。  　　　　　　年　　月　　日  　　飯　田　市　長  **申請者（世帯主）**　〒　　　　　　住　所　飯田市　　　　　　　　　　　番地  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏　名  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電　話　　　　－ | | | | | | | | | | | | | | | |
| ⑨口 座 振 込  　希望金融機関 | | □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。  □振込口座を指定する。 | | | | | | | | | | | | | |
| □八 十 二 銀 行　　　 本店  □長 野 銀 行　　　　　支店  □飯田信用金庫  □　　　　　　　　　　 本所  □みなみ信州農協　　　 支所 | | | | | | | | | 口 座 種 類 | １普　通　　２当　座　３（　　　） | | | |
| 口 座 番 号 |  | | | |
| 口座名義人 | ﾌﾘｶﾞﾅ  氏　名 | | |  |
|  |
| 金融機関ｺｰﾄﾞ | | － | | | | | | | | |
| ⑩受取代理人  確認欄 | | なお、支給される出産育児一時金の受領に関しては、上記口座名義人を受取代理人として選任します。  **申請者（世帯主）氏名**　　　　　　　　　　　印 | | | | | | | | | | | | | |

＊添付書類（１）直接支払制度合意文書

　　　　　（２）出産費用の明細書

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| ※受付処理欄 | 受 付 者 印 |  | 受　付　日 | 年　　月　　日 |