

国民健康保険 出産育児一時金 支給申請書兼請求書

記号・番号	記号	33-	番号						
個人番号(出産者のマイナンバー)									
フリガナ				出生年月日	令和	年	月	日	
出生児氏名				妊娠期間	満	週			
出産者氏名									
出産病院名					電話	-	-		
病院住所									
出産育児一時金(A)	450,000円	直接支払い 利用額(B)		申請額 (A)-(B)					
上記のとおり出産育児一時金を申請額のとおり請求いたします。 なお、請求金額は下記口座に振込んで下さい。									

振込先	<input type="checkbox"/> 銀行 <input type="checkbox"/> 信用金庫 <input type="checkbox"/> 農業協同組合		<input type="checkbox"/> 本店 <input type="checkbox"/> 支店						
振込口座	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座	口座番号							
フリガナ									
口座名義									

世帯主の住所 小金井市 町 丁目 番 号
マンション・アパート

フリガナ
世帯主氏名 (印)

T E L () -

年 月 日 (宛先) 小金井市長

職員記入欄

※ 国保法でいう出産とは、12週以上の分娩です。

母の資格取得日 年 月 日 (取得6ヶ月未満時の前資格)

※ 1年以上社保であった者が、その資格を喪失した日後6ヶ月以内に出産した場合、当該社保の保険者へ支給を受ける旨の意思表示をしたときは、当該社保の保険者が支給するため、申請の有無の確認をする。また、保険者が国保組合・自治体の場合は資格確認をする(出産担当が確認)。

1 共通確認

- 時効(出産日の翌日から2年以内) 世帯主氏名 口座記入 押印

確認者

2 必要書類(写し)

- 母子手帳(流産・死産・海外出産のときは医師の証明書)(※海外出産の場合は和訳文)
 医療機関が発行した出産費用の領収・明細書(※海外出産の場合は和訳文)
 医療機関が発行した直接支払に関する合意文書

国民健康保険 出産育児一時金 支給申請書兼請求書

見本

記号・番号	記号	33-〇〇	番号	〇 〇 〇 〇	
個人番号(出産者のマイナンバー)	〇 〇 〇 〇	〇 〇 〇 〇	〇 〇 〇 〇	〇 〇 〇 〇	
フリガナ	コガネイシ タロウ			出生年月日	令和〇〇年〇〇月〇〇日
出生児氏名	小金井市 太郎			妊娠期間	満 〇〇 週
出産者氏名	小金井市 花子			出生病院名	〇〇病院
出生病院名	〇〇病院			電話	〇〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇〇
病院住所	〇〇県〇〇市〇〇町〇-〇-〇				
出産育児一時金(A)	450,000円	直接支払い 利用額(B)		申請額 (A)-(B)	
上記のとおり出産育児一時金を申請額のとおり請求いたします。 なお、請求金額は下記口座に振込んで下さい。					

金額を記入してください。

振込先		<input type="checkbox"/> 本店
		<input type="checkbox"/> 支店
振込口座	<input type="checkbox"/> 普通	
フリガナ		
口座名義		

出産育児一時金の
振込口座をご記入ください。

世帯主の住所 小金井市 町 丁目 番 号

マンション・アパート

フリガナ
世帯主氏名

印

押印してください。

T E L

()

年 月 日

(宛先) 小金井市長

職員記入欄

※ 国保法でいう出産とは、12週以上の分娩です。

母の資格取得日 年 月 日 (取得6ヶ月未満時の前資格)

※ 1年以上社保であった者が、その資格を喪失した日後6月以内に出産した場合、当該社保の保険者へ支給を受ける旨の意思表示をしたときは、当該社保の保険者が支給するため、申請の有無の確認をする。また、保険者が国保組合・自治体の場合は資格確認をする(出産担当が確認)。

1 共通確認

時効(出産日の翌日から2年以内) 世帯主氏名 口座記入 押印

確認者

2 必要書類(写し)

母子手帳(流産・死産・海外出産のときは医師の証明書)(※海外出産の場合は和訳文)
 医療機関が発行した出産費用の領収・明細書(※海外出産の場合は和訳文)
 医療機関が発行した直接支払に関する合意文書