

国民健康保険出産育児一時金支給申請書

七 尾 市 長

※太枠内を記入してください。

年	月	日
申請者 (世帯主)	住所	
	氏名	
	個人番号	
	電話番号	

※世帯主以外の方の口座に振込を希望する場合、世帯主の委任状が必要です。

七尾市国民健康保険条例に基づき、下記のとおり申請します。

被保険者記号・番号													
分娩年月日	年 月 日												
分娩者の氏名													
分娩者の個人番号													
支給申請金額													
振込先口座 どちらかに <input checked="" type="checkbox"/> してください	<input type="checkbox"/> 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) <small>※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登録いただけます</small> <input type="checkbox"/> 振込口座を指定する (以下の振込先口座欄にご記入ください) <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; margin-top: 5px;"> <tr> <td style="width: 30%;">金融機関</td> <td style="width: 40%; text-align: center;">銀行 信用金庫 共同組合</td> <td style="width: 30%; text-align: center;">支店 支所 出張所</td> </tr> <tr> <td>口座番号</td> <td style="text-align: center;">普 ・ 当</td> <td></td> </tr> <tr> <td>フリガナ</td> <td colspan="2"></td> </tr> <tr> <td>口座名義人</td> <td colspan="2"></td> </tr> </table>	金融機関	銀行 信用金庫 共同組合	支店 支所 出張所	口座番号	普 ・ 当		フリガナ			口座名義人		
金融機関	銀行 信用金庫 共同組合	支店 支所 出張所											
口座番号	普 ・ 当												
フリガナ													
口座名義人													

事務処理欄	代理権の確認	身元確認 (本人又は代理人)	出産6か月前の健康保険	分娩の種類	産科医療 補償制度 加入機関	直接支払 制度
	<input type="checkbox"/> 委任状 <input type="checkbox"/> 同一世帯 <input type="checkbox"/> 送付先 <input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> その他 () <input type="checkbox"/> その他 ()	資格取得 年月日: 年 月 日 <input type="checkbox"/> 国保 <input type="checkbox"/> 社保扶養 <input type="checkbox"/> 社保本人1年未満 <input type="checkbox"/> 社保不支給	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 死産 (妊娠 週) ※妊娠12週以上	<input type="checkbox"/> 対象 <input type="checkbox"/> 対象外	<input type="checkbox"/> 対象 <input type="checkbox"/> 対象外
	出産育児一時金支給額		円			
	医療機関への支払額		円			
	差引支給額		円			

受付: _____