

国民健康保険 出産育児一時金 支給申請書

（宛先） 安曇野市長

年 月 日

申請者（世帯主）

住 所

氏 名

個人番号

電 話

窓口に来た方

※ 世帯主の場合、記入は不要です。

氏 名

世帯主との続柄

下記のとおり申請します。

被 保 険 者 記 号		安曇野		被保険者番号			
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（ 月） 流産（ 月） ・ 死産（ 月）		
出 産 児 氏 名				世 帯 主 と の 続 柄			
申 請 額		円					
☐ 公金受取口座を利用する。 ※ 利用する場合は、「☐」にチェック（✓）。 その場合は、下記の口座情報の記入及び通帳等の写しの添付は不要となります。							
振 込 先 金 融 機 関	銀行 信組 支 店 信金 支 所 農協			口座種別		普通 当座	
				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 _____ 印					
出産に立ち会った医師又は助産師の証明		上記のとおり流産、死産（ 月）であることを証明します。 年 月 日 住 所 氏 名					

事務処理欄	出産等の事実確認	☐ 住基 ・ ☐ 出生届 ・ ☐ 死産証明書
	分娩2年以内請求	☐ 2年以内 ・ ☐ 2年を超過（時効）
	産科医療補償制度	☐ 対象（領収書添付） ・ ☐ 対象外
	直接支払制度	☐ 適用（適用金額 円） ・ ☐ 適用外