

黒部市国民健康保険出産育児一時金支給申請書兼請求書

年 月 日

黒部市長 あて

住 所 黒部市
世帯主氏名
電 話 () -

下記のとおり、別紙証拠書類を添えて申請し、請求します。なお、支給決定額は下記の口座に振り込んでください。

①被保険者証の 記号番号		②分娩者の被保険者 資格取得年月日	年 月 日	③世帯主 との続柄	
④分娩者の氏名		⑤分娩の場所 (病院名等)			
⑥出生児の氏名		⑦出生児の 生年月日	年 月 日	⑧出生児 の性別	男・女
⑨分娩の種類	正常・早産(妊娠 月)・流産(人工流産を含む)・死産			⑩産科医療補償 制度加入	有・無
⑪ 振 込 指 定 口 座 (世 帯 主 口 座)	銀行・農協 信用農協・信用金庫 労働金庫・漁協		支店・出張所	口座 番号	
	口 座 名 義 < カ タ カ ナ >		普通・当座		
⑫ (世帯主以外の口座に振込みを希望される場合ご記入ください) 本申請に基づく給付金の受領に関する権限を代理人に委任します。 年 月 日					
			世帯主 氏名	Ⓜ	
			代理人 住所		
			氏名	Ⓜ	
			世帯主との続柄		
			電話番号 () -		

分娩者の黒部市国民健康保険加入以前の健康保険等について、記入してください。

保険者名		加入期間	年 月 日～	年 月 日
記号	番号	資格	1. 本人 2. 被扶養者	
所在地		連絡先 電話番号	() -	

健康保険法等の規定による被保険者の期間が1年以上あった方が、被保険者資格喪失後6ヶ月以内に出産された場合、資格を喪失した最後の保険者から出産育児一時金の支給を受けることができます。

市記入欄

出産育児一時金の額 (A)	直接支払制度による医療機関等への支給額 (B)	世帯主への支給決定額 (A) - (B)
円	円	円
備 考		