

# 国民健康保険出産育児一時金（ 円）支給申請書

（あて先）松 戸 市 長

申 請 日	年 月 日
-------	-------

下記のとおり申請いたします。

生まれた子の	出産年月日	年 月 日 <small>（1. 出生 2. 死産 3. 流産）</small>		
	母親の名氏	フリガナ		被保険者証記号番号
				松 -
氏名	フリガナ		<small>（世帯主からみた）</small> 続 柄	性 別
				男・女
出産した医療機関等の	名称			
	所在地			
世帯主	住 所	電話 ( )		
	氏 名	フリガナ		

支給額は、下記の口座に振り込んでください。（口座名義人は世帯主です）

振込先金融機関	銀行 信用金庫 信用組合 協同組合	本店出張営業部	口座種別	普通・当座								
名義人（カナ）			口座番号	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> </tr> </table>								

証明欄 上記の出産（死産・流産）の事実を証明いたします。 （※死産または流産の場合に記入）

年 月 日

医師	住所	⑩ （出生届があれば証明はいりません）	受 付
または 助産師	氏名		第 号

ここに記載された個人情報は、国民健康保険からの給付を目的として利用されます。

## 委任状

受任者 住所

氏名

私は上記の者を代理人と定め、出産育児一時金の受領に関する一切の権限を委任します。

委任者 住所

氏名 ⑩

備 考 欄
○母の過去6ヶ月間の保険加入状況 母は松戸市国保加入前 1. 国保加入者（ 国保） 2. （ ）の社保被扶養者 3. 社保本人で勤続1年未満 ⇒支給可 4. 社保本人で勤続1年以上かつ、退職後6ヶ月以内に出産 ⇒社保より支給 ○子は（ ）の社保被扶養者につき、国保資格なし ○その他

母親の資格取得年月日	支払方法				
年 月 日	1. 口座振替				