**国民健康保険出産育児一時金支給申請書**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | 受付番号 |  |
| 被保険者番号 | 深 | 世帯主名（個人番号） | （　　　　　　　　　　　） |
| 出産した被保険者氏名（個人番号） | （　　　　　　　　　　　） | 出産した日 | 令和　　年　　月　　日 |
| 出産児の氏名 |  | 性別 | 男　　・　　女 |
| 世帯主との続柄 |  | 請求金額 | 円 |

深川市長　様

　　上記のとおり出産育児一時金の支給を申請します。なお、私の受取金は下記の口座に振込または現金で支払ってください。ただし、申請者名と振込口座名義人が異なる場合については、受領に関する権限を委任したものとします。

令和　　　年　　　月　　　日

|  |  |
| --- | --- |
| 申請者 | 　　〒　　　－住所　 |
|  | 氏名 |  |

　　（個人番号　　　　　　　　　　　　　）

電話番号　（　　　　）　　　－

|  |  |
| --- | --- |
| 受領方法 | 1　口座　　~~2　現金（市役所内指定金融機関・納内支所・多度志支所）~~ |
| 口座振込依頼 |  | 銀行信金信組農協 |  | 本店支店本所支所 | 種　目 | 口　座　番　号 |
| 1 普通2 当座3その他( ) |  |  |  |  |  |  |  |
| フリガナ口座名義人 |  |
|  |

(注意)　出産された方が、健康保険・船員保険・各種共済組合等の被用者保険に１年以上加入し、子の出産がその被用者保険をやめた日から６カ月以内であるときは、その被用者保険から支給されます。

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 課　　長 | 主　　幹 | 課長補佐 | 係　　長 | 主　　査 | 係 | 受　　付資格確認 |
| 　　　 |  |  |  |  |  |  |