

国民健康保険 出産育児一時金 支給申請書

|  |                 |                               |         |
|--|-----------------|-------------------------------|---------|
| (宛先) 岡崎市長                                |                 | 令和 年 月 日                      |         |
| 住所                                       |                 |                               |         |
| 申請者<br>(世帯主)                             | 氏名              | マイナンバー(個人番号)                  |         |
| 次のとおり、国民健康保険 出産育児一時金 を申請します。             |                 | 電話 ( ) -                      |         |
| 被保険者証記号番号                                | -               |                               |         |
| 出産をした<br>被保険者                            | 氏名              | マイナンバー(個人番号)                  |         |
|  |                 | 世帯主との<br>続柄                   |         |
| 生年月日                                     | 年 月 日           |                               |         |
| 出産した医療機関等                                | 病院・産婦人科・診療所・助産所 |                               |         |
| 出産年月日                                    | 年 月 日           | 人数                            | 人       |
| 振込先                                      | 銀行・信金<br>信組・農協  | 本店<br>支店                      | 口座種別    |
|  | フリガナ            |                               | 普通 ・ 当座 |
|  | 口座番号            |                               |         |
|  | 口座名義            | 金融機関<br>コード                   |         |
| 受 領 委 任 状 (世帯主と振込先口座名義人が異なる場合は記入をしてください) |                 |                               |         |
| この給付の受領を、                                |                 | 令和 年 月 日                      |         |
| (口座名義人住所)                                | 世帯主と同じ          | (口座名義人氏名)                     |         |
| 住所                                       |                 | 氏名                            | に委任します。 |
| 申請者(世帯主)                                 |                 | ( ) (世帯主が手書きしない場合は記名押印してください) |         |

海外出産の場合、裏面もご記入ください。

(市処理欄)

|                |                         |                  |              |            |       |
|----------------|-------------------------|------------------|--------------|------------|-------|
| 受付番号           |                         | 確<br>認<br>事<br>項 | 直接支払制度       | 利用・利用無     |       |
| 支給決定額          | 円                       |                  | 産科医療補償制度     | 該当・非該当     |       |
| 控除額            | うち、代理受取額<br>充当金額<br>その他 |                  | 国<br>内       | 領収・明細書     | 有 ・ 無 |
|                |                         |                  |              | 医療機関との合意文書 | 有 ・ 無 |
|                |                         |                  | 国<br>外       | 出生証明書      | 有 ・ 無 |
|                |                         |                  |              | 出生証明書の邦訳   | 有 ・ 無 |
| 出生した被保険者のパスポート | 有 ・ 無                   |                  |              |            |       |
| 差引支給額          | 円                       |                  | 申請書裏面も記載すること |            |       |
|                |                         |                  | 世帯主口座への振込みか  | はい・いいえ     |       |

|           |                        |                    |
|-----------|------------------------|--------------------|
| 国保加入6か月未満 | 社保等本人の資格が1年以上あった。      | 社保等受給資格有<br>(選択制)  |
|           | 船員保険等( )本人の資格があった。     | 要確認                |
|           | 社保等本人の資格があったが1年未満であった。 | 他保険受給資格無<br>国保から支給 |
|           | 社保等・船員保険等の被扶養者であった。    |                    |
|           | 他市の国保または国保組合に加入していた。   |                    |
|           | 生活保護の適用を受けていた。         |                    |
| 国保加入6ヶ月以上 | その他(海外滞在・無保険・他 )       |                    |

船員保険等... 船員保険、国家公務員共済組合、地方公務員共済組合、私立学校教職員共済制度

|                             |    |    |
|-----------------------------|----|----|
| 受付                          | 入力 | 決定 |
| 本庁・岡崎・大平・東部・岩津<br>矢作・六ツ美・額田 |    |    |

|       |
|-------|
| 届出人氏名 |
|-------|

|       |
|-------|
| 受 付 印 |
|-------|

海外での出産の場合にご記入下さい。

岡崎市国保以外にも、出産育児一時金の申請が可能な保険がありますか。

はい 誓約書・同意書を記入  
いいえ 誓約書・同意書の記入は不要

## 誓約書・同意書

私は、岡崎市国民健康保険以外に出産育児一時金の申請が可能な下記の保険者に対し、出産育児一時金を請求しないことを誓約します。

また、岡崎市国保から出産育児一時金の支給を受けるにあたり、出産育児一時金の申請の有無を、岡崎市が下記の保険者に確認することに同意します。

### 記

|                  |      |                           |
|------------------|------|---------------------------|
| 国保以外に<br>申請可能な保険 | 保険者名 |                           |
|                  | 記号番号 | 国保以外に申請可能な保険の記号番号をご記入下さい。 |

令和 年 月 日

申請者(世帯主)氏名 \_\_\_\_\_

出産者氏名 \_\_\_\_\_

申請者(世帯主)と出産者、ご本人がご署名下さい。  
申請者(世帯主)と出産者が同じ場合、出産者の記入は不要です。

岡崎市国保以外の保険に申請可能な場合... 1年以上勤めていた本人が退職後6ヶ月以内に出産した場合 等