

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 (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 被保険者	氏 名	マイナンバー (個人番号)	
		世帯主との 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 本店 信組・農協 支店		口座種別
	フリガナ		口座番号
	口座名義		金融機関 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 認 事 項	直接支払制度		利用・利用無	
支給決定額①	円		産科医療補償制度		該当・非該当	
控除額 ②	うち、代理受取額 充当金額 その他		書 類	国 内	領収・明細書	有 ・ 無
					医療機関との合意文書	有 ・ 無
				国 外	出生証明書	有 ・ 無
					出生証明書の邦訳	有 ・ 無
					出産をした被保険者のパスポート	有 ・ 無
		※申請書裏面も記載すること				
差引支給額①－②	円	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 (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 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	届出人氏名	受 付 印
本庁・岡崎・大平・東部・岩津 矢作・六ツ美・額田				

海外での出産の場合にご記入下さい。

現地医療機関等に対する照会に係る同意書（出産育児一時金）

岡崎市長 宛

私（海外出産をしたもの）_____と、私の世帯主_____は、岡崎市の職員又は岡崎市が委託した事業者が自ら、私が提出した出産育児一時金の支給申請書類に記載された事実（出産や手術を行った日時、場所、内容等）を確認するため、当該海外出産の介助を行った者（海外の医療機関等）に照会を行い、当該者から照会に対する情報の提供を受けることに同意します。

なお、国や地域、医療機関から別途同意書や委任状等を求められた場合、当該書類に必要な事項を記載することや、その他の書類が必要となる場合に当該必要書類の提示等に協力することも、併せて同意し、本書の写真複写も本書と同じ効力があるものと認めます。

署名欄

署名は、出産者本人が行ってください。なお次の場合は、親権者（本人が未成年の場合）、成年後見人（本人が成年被後見人の場合）、法定相続人（本人が死亡している場合）が署名してください。

氏名 (自署)

住所

日付 年 月 日

出産者との関係 本人 ・ 親権者 ・ 法定相続人
その他 【

※本同意書の有効期限は署名日から1年間です。