

記載例

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		
申請者 (世帯主)	住所 世帯主の住所	こちらから連絡させていた だく場合がありますので、 連絡の取りやすい電話番号 をご記入ください。		
振込先として世帯主の公 金受取口座(マイナポータ ルで確認できる口座)を利 用する場合は、「振込先」 欄の記載は不要です。	氏名 世帯主の氏名	ナンバー(個人番号) 世帯主のマイナンバー	電話 (〇〇〇〇) 〇〇-〇〇〇〇	
検 出産育児一時金 を申請します。				
1 2 3 4 — 5 6 7 8				
者 氏名		出産をしたかたの氏名	マイナンバー(個人番号) 出産をしたかたのマイナンバー	
		生年月日	○年 ○月 ○日	世帯主との 続柄
産年月日		令和 ○年 ○月 ○日	人 数	○ 人
世 帯 主 の 公 金 受 取 口 座	□利用する (振込先記載不要) <input checked="" type="checkbox"/> 利用しない (振込先を記載)	振 込 先	○○ 銀行信金 信組・農協 ○○ 本店 支店	口座種別 普通 ・当座
			フリガナ フリガナ(世帯主の口座名義)	口座番号 ○○○○○○○○○○○○○○
口座名義 世帯主の口座名義			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)				令和 年 月 日
この給付の受領を、 (口座名義人住所) □ 世帯主と同じ 住所 _____			に委任します。 (口座名義人氏名) 氏名 _____	
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)

(市処理欄)		直接支払制度 支給特例制度	利用・利用無 該当・非該当
支給決定額①			
代理受取額②			
①-② ③			
控除額 ④			
差引支給額③-④			
国保加入 6ヶ月未満		船員保険等(※)本人の資格があった。 社保等本人の資格があったが1年未満であった。 社保等・船員保険等の被扶養者であった。 他市の国保又は国保組合に入っていた。 生活保護の適用を受けていた。 その他(海外滞在・無保険・他)	要確認 (選択制)
国保加入 6ヶ月以上			他保険受給資格無 国保から支給

受付	入力	審査	受付印
届出人署名 申請書を記載されるかたの氏名			
海外出産の場合、裏面もご記入ください。			
※ 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			
本庁・岡崎・大平・東部・岩津 矢作・六ヶ美・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）出産をしたかたの氏名と、私の世帯主世帯主の氏名は、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、当該書類に必要事項を記載すること及び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にも、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）出産をしたかたの氏名

住所 出産をしたかたの住所

日付 年 月 日

記入日

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6か月間です。