

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)	
		生年月日	年 月 日
		世帯主との 続柄	
出産年月日		令和 年 月 日	人数 人
公 金 受 取 口 座	世帯主の 振込先	<input type="checkbox"/> 利用する (振込先記載不要)	銀行・信金 本店 信組・農協 支店
		<input type="checkbox"/> 利用しない (振込先を記載)	口座種別 普通 ・ 当座
		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) <input type="checkbox"/> 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)	

(市処理欄)

支給決定額①	円	確 認 事 項	直接支払制度		利用・利用無	
代理受取額②	円		産科医療補償制度		該当・非該当	
①-② ③	円		書 類	国 内	領収・明細書	有 ・ 無
					医療機関との合意文書	有 ・ 無
控除額 ④	円		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海外渡航の証明になるもの (パスポート等)		有 ・ 無		
差引支給額③-④	円	申請書裏面の記載		有 ・ 無		
					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。	
	他市の国保又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	審査
本庁・岡崎・大平・東部・岩津 矢作・六ツ美・額田		

届出人署名

受 付 印

海外出産の場合、裏面もご記入ください。

