

出産育児一時金支給申請書

		<table><tr><td>金 額</td><td>十</td><td>万</td><td>千</td><td>百</td><td>十</td><td>円</td></tr></table>							金 額	十	万	千	百	十	円						
金 額	十	万	千	百	十	円															
被保険者証記号・番号		大村　・				適用開始年月日		年　　月　　日													
分娩者氏名 及び個人番号					出生児氏名		※死産・流産・人工妊娠中絶の場合は、記載は不要です。														
							出生の種類		出生　・　死産等（妊娠　　週）※85日以上												
出生年月日	年　　月　　日				係員確認欄		・出生届 ・死産届等（係員）　　㊞														
振込先口座 （どちらかを 選択してくだ さい。）	☐ 公金受取口座を利用する（口座情報の記載は不要です。） ※公金受取口座を登録済みの方に限ります。																				
	☐ 振込口座を下記に指定する（通帳等の写しを添付）																				
	金融機関名		銀行・金庫 農協・組合			支店名		本店・支店 店・出張所													
	預金種別		普通・当座・ その他（　　）		口座番号																
	口座名義（カタカナで記入してください。）																				
大村市国民健康保険条例第5条の2の規定による出産育児一時金の支給を上記のとおり申請します。																					
年　　月　　日 （申請者）　住　　所 氏　　名 電話番号 個人番号 <table><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table> 大　村　市　長　　様																					
※原則、世帯主の口座に振り込みます。 <u>世帯主以外の口座に振込みを希望する場合のみ下記に記入してください。</u>																					
委　任　状 私は、（　　　　　　　　　　　）を代理人と定め、出産育児一時金の受領に関する権限を委任します。 年　　月　　日 世帯主氏名																					

【添付書類】

- ☐ 母子保健手帳の写し ☐ 被保険者証、マイナンバーカード等の写し ☐ 直接支払制度合意文書の写し
☐ 出産に係る費用の領収書又は明細書（医療機関が産科医療補償制度に加入している場合は、その証明があるもの）
☐ 振込口座の通帳等の写し ※振込口座を指定する場合 ☐ 死産証書又は死胎火葬許可書（申請書）の写し ※死産の場合