様式第１８（第１７条関係）

国民健康保険出産育児一時金支給申請書

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 被保険者証記号番号 | | | |  | | | | | |
| 母の氏名 | | | |  | | 分娩の種類 | | 生産 ・ 死産 | |
| 母の個人番号 | | | |  | | | | | |
| 分娩年月日 | | | | 令和　　年　　月　　日 | | 死産の場合　　　妊娠　　　日 | | | |
| 生まれた子の氏名 | | | | 死産・流産・人工妊娠中絶の場合は、  この欄の記載は必要ありません。 | | | | | |
| 世帯主との続柄 | | | |  | | | | | |
| 上記のとおり申請します。  令和　　年　　月　　日  世帯主 住　所  氏　名  電 話  　犬 山 市 長 | | | | | | | | | |
| 証　明　欄　（出生届がしてあれば不要です。） | | | | | | | | | |
| 上記のとおり証明します。  　　　　　　令和　　年　　月　　日  　　　　　　　　医師又は　　住　所  助産師　　　氏　名 | | | | | | | | | |
| 支　給　総　額 | | | | ５００，０００　　円 | | | | |
| 医療機関請求額 | | | | 円 | | | | |
| 差 額 支 給 額 | | | | 円 | | | | |
| 振込先口座 | | | 市　確　認　欄 | | | | |
| 金融機関名 | 銀行  信用金庫  農協 | | 受給資格 | | 有　・　無 | | 受付者 |
| 支 店 名 | 支店 | | 費用明細・利用合意書 | | 有　・　無 | |  |
| 区 分 | 普通　・　当座 | | 収納状況 | | 完納 ・ 未納 | |
| 口 座 番 号 |  | | 備考  通帳 ・ カード ・ 他 ・ 無 | | | | 受付印 |
| フ リ ガ ナ |  | |  |
| 口座名義人 |  | |

注１：申請には、被保険者証・領収書・通帳(キャッシュカード)、母のマイナンバーが分かるもの が必要です。

※ 医療機関への直接払に合意している場合は、医療機関と取り交わした直接払の書類(契約書・同意書等)が必要です。

注２：海外で出産した場合は、上記※１に加えて、領収書の日本語訳、出生証明書とその日本語訳が必要です。