

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。<br>令和 年 月 日<br>世帯主 住所<br><br>氏 名<br><br>電 話<br><br>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。<br>令和 年 月 日<br>医師又は 住所<br><br>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<br>信用金庫<br>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         |         |
| フリガナ   |                                      |            |         |
| 口座名義人  |                                      | 通帳・カード・他・無 |         |

注1：申請には、資格確認書(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。