

国民健康保険出産育児一時金支給申請書

受付番号

(提出先) 大阪市長

次のとおり出産育児一時金の支給を申請します。資格の認定に必要な公簿を閲覧されることに同意します。

※以下、太枠線内のみ記入してください。

申請者(世帯主)		申請日 令和 年 月 日	
〒 - 住所 大阪市 区			
(フリガナ)		電話番号 - -	
氏名		※必ずご記入ください(日中連絡の取れる電話番号)	
出産した被保険者(出産児の母親)の氏名		出産した日 令和 年 月 日	
(昭和・平成 年 月 日生)		出産の種類	
個人番号		<input type="checkbox"/> 生産 <input type="checkbox"/> 流産(妊娠 週) <input type="checkbox"/> 死産	
被保険者 記号(阪国) 番号()		直接支払制度 <input type="checkbox"/> 利用している <input type="checkbox"/> 利用していない	

※個人番号は、国民健康保険に加入後6か月以内に出産した場合に記入してください。

上記出産育児一時金の支払については、次の口座に振替されるよう依頼します。

振込先金融機関名		預金種目		口座番号	
銀行 信用金庫 信用組合		<input type="checkbox"/> 普通預金 <input type="checkbox"/> 当座預金 <input type="checkbox"/> 貯蓄預金			
本店 支店		(フリガナ)			
金融機関コード []		店番号 []		口座名義	

委任状(世帯主以外の方が申請・受領する場合、記入が必要です)

委任者(世帯主)		出産育児一時金に関する <input type="checkbox"/> 申請・ <input type="checkbox"/> 受領 を下記の受任者に委任します。令和 年 月 日			
氏名		住所 同上			
〒 - 住所		世帯主との関係		受任者の本人確認ができるもの	
(フリガナ)		日中連絡の取れる電話番号		<input type="checkbox"/> 保険証、免許証、マイナンバーカード等	
氏名		-		-	
同意書兼誓約書		<input type="checkbox"/> 大阪市長が申請書等の事実確認のため、委任者に受任者の情報を提供することに同意します。 <input type="checkbox"/> 委任者の意思に基づかず申請し給付を受領した場合は、速やかに委任者へ引き渡すことを誓約します。			

処理欄 受付	事 実 確 認	母子健康手帳 交付市区町村	担当係長	支給決定欄			支給方法	
		第 号		(R3.12.31以前の出産) <input type="checkbox"/> 404,000円支給 <input type="checkbox"/> 16,000円加算(産科医療補償)	(R4.1.1~R5.3.31の出産) <input type="checkbox"/> 408,000円支給 <input type="checkbox"/> 12,000円加算(産科医療補償)	(R5.4.1以降の出産) <input type="checkbox"/> 488,000円支給 <input type="checkbox"/> 12,000円加算(産科医療補償)	<input type="checkbox"/> 口座振替 <input type="checkbox"/> 区役所銀行派出所の窓口払	
資格確認		出生(死産)届	担当者確認印	<input type="checkbox"/> 不支給			左記のとおり決定し、申請者あて通知します。	
		[その他]		支給決定額の内訳			決裁欄	
				医療機関請求額 円			課長	
				本人支給額 円			課長代理	
							担当係長	
							係員	

※口座振替を選択しない方のみ領収時に記入してください。

出産育児一時金領収書

受付番号

様		領収日 令和 年 月 日	
住所 大阪市 区			
受取人 氏名			
次のとおり受け取りました。金		円 ただし、次の被保険者の出産育児一時金	
出産した被保険者の氏名		出産した日 令和 年 月 日	