

## 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異議はありません。

※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 5 年 4 月 7 日
〒 530 - 0005 住所 大阪市 北 区 中之島〇丁目〇番〇号	
(フリガナ) コクホ イチロウ	電話番号 090 - 0000 - 0000
氏名 国保 一郎	※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 国保 花子	出産した日 令和 5 年 4 月 1 日
(昭和・平成) 5 年 1 月 1 日生 )	出産の種類 <input checked="" type="checkbox"/> 生産 <input type="checkbox"/> 流産(妊娠 週) <input type="checkbox"/> 死産
個人番号 012345678901	
被保険者 記号(阪国 北 ) 番号( 012345-01 )	直接支払制度 <input checked="" 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(右詰めでご記入ください)
第一国保 銀行 中央 本店 支店	<input checked="" type="checkbox"/> 普通預金 <input type="checkbox"/> 当座預金 <input type="checkbox"/> 貯蓄預金	1 2 3 4 5 6 7
金融機関コード [ 123 ] 店番号 [ 456 ]	(フリガナ) コクホ ハナコ 口座名義 国保 花子	世帯主以外の方の場合は 次の委任状にも記入願います。

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、)

委任者(世帯主)	出産育児一時金に関する <input checked="" type="checkbox"/> 申請・ <input checked="" type="checkbox"/> 受領 を下記の受任者に委任します。令和 5 年 4 月 7 日
氏名 国保 一郎	住所 同上
受任者	〒 530 - 0005 住所 大阪市北区中之島〇丁目〇番〇号 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) コクホ ハナコ	日中連絡の取れる電話番号 080 - 0000 - 0000 妻 <input checked="" type="checkbox"/> 免許証、マイナンバーカード等
氏名 国保 花子	
同意書兼誓約書	<input checked="" type="checkbox"/> 大阪市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 checked="" 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	事 実 確 認	母子健康手帳 交付市区町村 第 号	担当係長	支給決定欄	支給方法
受付		出生(死産)届	担当者確認印	<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"/> 不支給	<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		[その他]		支給決定額の内訳 医療機関請求額 円 本人支給額 円	左記のとおり決定し、申請者あて通知します。
				決 裁 欄	課 長 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

(給 701)