

# 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
氏名印	

出産した被保険者(出産児の母親)の氏名	出産した日 平成・令和 年 月 日	処理欄 受付
個人番号 (昭・平 年 月 日生)	出産の種類 <input type="checkbox"/> 生産 <input type="checkbox"/> 流産(妊娠 週) <input type="checkbox"/> 死産	
被保険者証 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。

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 <input type="checkbox"/> 404,000円支給 <input type="checkbox"/> 16,000円加算(産科医療補償) <input type="checkbox"/> 不支給	支給方法 <input type="checkbox"/> 口座振替 <input type="checkbox"/> 区役所銀行派出所の窓口払 左記のとおり決定し、申請者あて通知します。
	出生(死産)届 (その他 )	担当者確認印		
支給決定額の内訳			決裁欄	課長 課長代理 担当係長 係員
医療機関請求額 円		本人支給額 円		

上記出産育児一時金の支払については、次の私名義の預金口座に口座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	
金融機関コード [ ]	(フリガナ) 店番号 [ ]	口座名義

※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 氏名印
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 平成・令和 年 月 日
-------------	-------------------