様式第１号（第２条関係）

受付印

国民健康保険出産育児一時金支給申請書

年　　月　　日

豊後大野市長　様

次のとおり、関係書類を添えて申請します。
また、手続に際し必要となる個人番号、公簿等を閲覧されることに同意します。

申請者（世帯主）	住所	豊後大野市		
	氏名			
	個人番号		電話	―　　―
代理人	住所	豊後大野市	世帯主との続柄	
	氏名		電話	―　　―

被保険者記号・番号	ぶんご国	分娩者氏名	
分娩年月日	年　　月　　日	分娩者個人番号	
分娩の状態	□ 出産 □ 死産(妊娠満　　週)	分娩場所（病院の名称）	
出生児氏名		出産育児一時金支給申請金額	円

受領方法	□ 公金受取口座を利用する(利用する場合は口座情報の記入不要)。 □ 振込口座を指定する。　□ 窓口払い(市役所本庁　会計課)		
振込先金融機関	銀行・組合 金庫・農協	本店 支店	預金種類　普通 ・ 当座
	口座番号	口座名義人（フリガナ）	

世帯主以外の口座に振込を依頼する方は、次にご記入ください。

〔受任者（口座名義人）〕

住所

氏名

上記により支給される金額の受領方を左記の者に委任します。

世帯主氏名

直接支払制度	産科医療補償制度	支給申請額	添付書類
利用なし	加入	50.0 万円	出産費用の領収（明細）書の写し 出生証明書の写し
	未加入	48.8 万円	
利用あり	加入	50.0 万円－領収(明細)書の額	出産費用の領収（明細）書の写し 直接支払制度利用申込書の写し
	未加入	48.8 万円－領収(明細)書の額	

ただし、産科医療補償制度加入の場合であっても、在胎週数 14 週以上 22 週未満は、48.8 万円となる。

処理欄	加入日確認		他保険の受給資格確認
	年　　月　　日加入	□ 6か月以上 □ 6か月未満	□ 前住所地で国保又は社保の扶養（被保険者） □ 社保の本人（被保険者）で1年以上の加入