出 産 育 児 一 時 金 支 給 申 請 書

被保険者証番号						

令和　　年　　月　　日

尼崎市長あて

申 請 者
(世帯主)　　(〒　　－　　)

住　　所　尼崎市

氏　　名

世帯主本人が手書きしない場合は、記名押印してください。

電話番号　(　　)　　－

次のとおり出産育児一時金の支給を申請します。支払いは、下記の口座に振り込んでください。
なお、申請者と振込先口座名義人が異なる場合は、下記口座名義人に受領行為を委任します。

分娩機関名				受取方法	口座振込 ・ 窓口払
分娩機関の産科医療補償制度加入の有無			有 ・ 無	資格取得	(昭・平・令)　年　月　日
分娩者	氏 名			出産別	生 ・ 死
	マイナンバー			申請者と分娩者の続柄	
出生児	氏 名			申請者と出生児の続柄	
	出生日	令和　年　月　日			

※死産・流産・人工妊娠中絶の場合は、出生児氏名についての記載は不要です。

公金受取口座	□ 公金受取口座を利用する ・当該口座を利用する場合は下記金融機関情報の記入は不要です。		
振込先金融機関	□ 銀　行 □ 信用(金庫・組合) □ 農 協・労 協	□ 本 店 □ 支 店 □ 出張所	
	預金種別	□普通(総合)　□当座　□貯蓄	
	支店番号	口座番号	
	口座名義人氏名	フリガナ	

銀行コード

※処理欄	令和　年　月　日　出産 被用者保険から出産育児一時金が支給 (□ されない)		確認
	支給額	□500,000円　□488,000円　□420,000円 □408,000円 □差額(　　円)(要証明書)	
	入力 (未 ・ 済)	令和　年　月　日	確認

国保料未納
有 ・ 無
納付確約
有 ・ 無
確認(収納)

※直接支払制度を利用しない旨を明記した「支給申請及び受取にかかる代理契約の契約書」(□ あり)
「直接支払制度を利用しない旨を明記した上記の契約書」がなければ受付できません。

※経由確認欄

支給決定　令和　年　月　日			
課長	係長	係長	係

・対象者のマイナンバーの確認　□マイナンバーカード又は写し　□通知カード又は写し　□マイナンバー記載の住民票の写し等
・来庁者の身元確認　□世帯主　□同一世帯員　□別世帯代理人

□職員確認