

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	----- -----				
電話番号	() - -----				
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。					
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	平成 ・ 令和 年 月 日			

振込先金融機関	<input type="checkbox"/> 銀行 <input type="checkbox"/> 信用(金庫・組合) <input type="checkbox"/> 農協・労協		<input type="checkbox"/> 本店 <input type="checkbox"/> 支店 <input type="checkbox"/> 出張所		
	預金種別	<input type="checkbox"/> 普通(総合) <input type="checkbox"/> 当座 <input type="checkbox"/> 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	平成 ・ 令和 年 月 日 出産		確認
	被用者保険から出産育児一時金が支給 (<input type="checkbox"/> されない)		
	支給額	<input type="checkbox"/> 420,000円 <input type="checkbox"/> 404,000円 <input type="checkbox"/> 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
納付確認
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。

※經由確認欄

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