

出産育児一時金支給申請書

被保険者証番号 9 8 7 6 5 4 3

令和 4 年 1 月 4 日

尼崎市長あて

出産費用明細書で産科医療補償制度加入の有無を確認をしてください。

申請者
(世帯主)

(〒 660 - 8501)

分娩者の国保資格取得日を記入してください。

住 所 尼崎市 東七松町1丁目23番1号

氏 名 尼崎 一郎

(注) 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 (06) 6489 - 6420

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	兵庫病院		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) 2年3月1日	
分娩者	氏名	尼崎 花子		出産別	生・死
	マイナンバー	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 0 1	申請者と分娩者の続柄	(注) 世帯主から見た続柄 妻	
出生児	氏名	尼崎 太郎		申請者と出生児の続柄	(注) 世帯主から見た続柄 子
	出生日	令和 3 年 12 月 26 日		原則は、世帯主名義の口座を記入してください。	

振込先金融機関	ゆうちょ		<input checked="" type="checkbox"/> 銀行 <input type="checkbox"/> 信用(金庫・組合) <input type="checkbox"/> 農協・労協	四三八 <input type="checkbox"/> 本店 <input checked="" type="checkbox"/> 支店 <input type="checkbox"/> 出張所
	預金種別		<input checked="" type="checkbox"/> 普通(総合)	<input type="checkbox"/> 当座 <input type="checkbox"/> 貯蓄
	支店番号	4 3 8	口座番号	0 1 2 3 4 5 6
	口座名義人氏名		フリガナ アマカ`サキ イチ ウ 尼崎 一郎	

銀行コード	9 9 0 0
-------	---------

※処理欄	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"/> 408,000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