

出産育児一時金支給申請書

		被保険者番号							
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 口 金 座 受 取	☐ 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。									
	☐ 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				確認
	被用者保険から出産育児一時金が支給 (☐ されない)				
	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