

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	<input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 銀行 <input type="checkbox"/> 本店 <input type="checkbox"/> 信用(金庫・組合) <input type="checkbox"/> 支店 <input type="checkbox"/> 農協・労協 <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	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"/> 500,000円 <input type="checkbox"/> 488,000円 <input type="checkbox"/> 420,000円 <input type="checkbox"/> 408,000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