出 産 育 児 一 時 金 支 給 申 請 書

被保険者番号	9	8	7	6	5	4	3

出産費用明細書で産科医療補償制度加入の有無をご確認ください。

被保険者証の被保険者番号をご記入ください。

令和 8 年 4 月 5 日

尼崎市長あて

申請者（世帯主）

（〒 660 － 8501 ）

住　　所　尼崎市東七松町1丁目23番1号

氏　　名　尼崎　〇〇

分娩者の国保資格取得日をご記入ください。

（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 － 642(

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	▽▽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） 4 年 3 月 1 日
分娩者	氏　名	尼崎　△△		出産別	生 ・ 死
	マイナンバー	9 8 7 6 5 4 3 2 1 0 0 0		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　□□		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　8 年 4 月 1 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。

公金受取口座を利用できるのは世帯主のみです。利用する場合は☑してください。
※マイナンバーカードに登録されている世帯主名義の口座

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	9 8 7	口座番号	6 5 4 3 2 1 0
口座名義人氏名	フリガナ ｱﾏｶﾞｻｷ　〇〇 尼崎　〇〇		

銀行コード
9 8 7 6

公金受取口座を利用しない場合はご記入ください。

※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　□404,000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