

直接支払制度を利用し、出産費用が42万円（または40万8千円）を下回ったときに、その差額を申請する場合の申請書です。

国民健康保険出産育児一時金支給申請書

出

下記のとおり申請します。

令和 年 月 日

(宛先) 新潟市長

申請者(世帯主)

〒 ー

住所

新潟市

中央区学校町通 番町 番地

氏名

新潟 太郎

電話番号 ー-ー-ー

分娩者氏名

新潟 花子

被保険者証
の記号・番号

新潟

1 2 - 3 4 5 - 6 7 8 9 0

分娩年月日

平成 年 月 日

分娩の種類

●生産

○死産・流産(妊娠 週)

フリガナ

ニイガタ リュウト

分娩
医療機関

〇〇病院

出生児氏名

新潟 柳都

●男
○女

分娩6か
月前の保険

●国保

○社保
本人

○社保
扶養

○その他

世帯主との
続柄

子

出生時の
国保加入

●必要 ○不要

備考

子を他の健康保険の扶養に入れる場合は「不要」に、新潟市の国保に加入する場合は「必要」にチェックをつけてください。

支払区分	口座振替金融機関	預金種別	口座番号	口座名義
●1 口座振替 ○2 その他 (現金受領の場合は、 押印が必要です。)	●銀行 ○信用金庫 ○信用組合 ○労働金庫 ○農協 * *	○本店 ●支店 ○出張所	●1 普通 ○2 当座 ○3 貯蓄 ○4 別段 1234567	(フリガナ) ニイガタ タロウ 氏名 新潟 太郎

委任状

この欄は申請者(世帯主)以外の口座に振り込みを希望する場合に記入してください。

支給される出産育児一時金の受領を下記の者に委任します。

年 月 日

〒 ー

受任者

別々の印鑑(認印でも可)を押してください。

住所

氏名

印

電話番号

(受任者・委任者とも押印願います。)

委任者(世帯主)

印

処理欄(以下は、記入しないでください。)

受付番号	支給決定金額	受付区	管轄区	記事欄
¥	円			

この欄は記入不要です。

チェック項目 直接支払制度の利用「あり」、産科医療補償制度の対象(42万円)・対象外(40.8万円)の確認
添付書類(合意文書の写し、領収・明細書の写し)

記載例