

記 号 番 号									

熊本市国民健康保険 出産育児一時金支給申請書

・この申請書と一緒に保険証を提示してください。
・太枠の中を記入してください。

分娩者氏名(母親)									
出生児氏名									
出生年月日	平成								
	令和								
申請金額									円

窓口に来られた方 *世帯主以外の方の場合記入してください									
住所	郵便番号(-)								
氏名								電話	

直接支払制度	利用しない		データ有・無
	利用する		

加算対象区分	該当	
	非該当	

出生児区分	1	国保	2	社保	3	その他
-------	---	----	---	----	---	-----

分娩者国保加入年月日		
昭・平・令	年	月
日		
*分娩者が国保加入6カ月未満の場合		
社会保険 (本人1年未満)	社会保険 (扶養)	熊本市以外の 国保または生保
社会保険 (本人1年以上)		
同一の出産について、以前加入の保険者より出産育児一時金を受けない		

金 券				受付印
課長	副課長	係長	係員	

熊本市国民健康保険条例第7条による出産育児一時金の支給を申請します。

左記のとおり出産育児一時金の支給を申請します。		令和	年	月	日
住所	郵便番号(-)				
世帯主の氏名					電話

請求委任及び口座振替依頼
私は、熊本市から支払われる国民健康保険出産育児一時金の請求に関する一切の権限を、熊本市国保年金課長(同課長に事故があるときは、同副課長)に委任します。
熊本市長様

振込先金融機関	銀行 農協 信用金庫 信用組合	支店		預金種目 1. 普通 (総合口座) 2. 当座 3. 貯蓄	
	金融機関コード		店番		
	口座番号 右つめでご記入ください				
	フリガナ				
口座名義人 氏名		(世帯主)			

※原則として世帯主の口座に振り込みます。世帯主以外の口座に振込みを希望される場合は委任状を記入してください。

委任状	右の者を代理人として出産育児一時金の受領を委任します。令和 年 月 日	
	世帯主(委任者)	代理人(受任者)
	住所	住所
	氏名	氏名