

# 国民健康保険出産育児一時金支給申請書

支給金額	¥	—
------	---	---

被保険者記号・番号			
出産した被保険者氏名		世帯主との続柄	
出産の年月日	年 月 日	個人番号	
出産の種類	正常 早産( 月) 流産( 月) 死産( 月)		
出産した医療施設等	名称		
	所在地		
	医師・助産師の氏名		

- 公金受取口座を利用する (利用する場合は口座情報の記入不要)
- 振込口座を指定する

振込先	金融機関名	銀行 金庫 農協 信漁連 ( )	支店・本店 ( )	預金種別	普通座 ( )
	口座番号	口座名義人 (カタカナ)			

(宛先) 珠洲市長  
上記のとおり申請します。

年 月 日

世帯主 住所 \_\_\_\_\_  
 氏名 \_\_\_\_\_  
 個人番号 \_\_\_\_\_ 電話番号 \_\_\_\_\_

申請者 住所 \_\_\_\_\_  
(世帯主と申請者が同一の場合は記入不要)  
 氏名 \_\_\_\_\_ 世帯主との続柄 \_\_\_\_\_  
 電話番号 \_\_\_\_\_

代理権の確認	身元確認(世帯主又は代理人)	番号確認
<input type="checkbox"/> 本人の被保険者証等 <input type="checkbox"/> 委任状 <input type="checkbox"/> 登記事項証明書 <input type="checkbox"/> システム(同一世帯確認) <input type="checkbox"/> その他( )	1点 <input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> 障害者手帳 <input type="checkbox"/> 職員面識(担当者: ) <input type="checkbox"/> その他( ) No. ( ) 2点 <input type="checkbox"/> 健康保険証 <input type="checkbox"/> 介護保険証 <input type="checkbox"/> 預金通帳・キャッシュカード <input type="checkbox"/> 診察券 <input type="checkbox"/> 年金手帳・証書 <input type="checkbox"/> その他( ) No. ( )	<input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> 通知カード <input type="checkbox"/> システム <input type="checkbox"/> その他