

# 出産育児一時金支給申請書

記号番号	力								
------	---	--	--	--	--	--	--	--	--

出産した者	氏名	生年月日	年 月 日	
	個人番号			
	春日市国保取得年月日	年 月 日	事由:	届出日
出生児数	生産または死産の別	1. 生産 2. 死産(妊娠から 週)	出産日	年 月 日

※出産の前6か月以内に春日市国保以外の健康保険の資格があった方は記入してください。

保険の種類	資格区分	加入年月日(取得日)	喪失年月日
<input type="checkbox"/> 他市町国保 <input type="checkbox"/> 政管、健保組合 <input type="checkbox"/> 共済組合 <input type="checkbox"/> 船員組合 <input type="checkbox"/> 健康保険(旧日雇保険)	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族	年 月 日	年 月 日

※世帯主が指定する口座(医療機関等以外)を記入してください。  
 ただし、受取を医療機関等に委任する場合には、記入しないでください。

振 込 先	<input type="checkbox"/> 公金受取口座 (⇒口座名義人を指定してください。)	<input type="checkbox"/> 利用する (⇒振込先を指定してください。)	<input type="checkbox"/> 利用しない (⇒振込先を指定してください。)	
	口座名義人(カタカナ)※			
	※口座名義人はカタカナで上段より左詰めで記入してください。濁点、半濁点は1文字とし、姓と名の間は1文字あけてください。			
	個人番号			
	※公金受取口座を利用しない場合は以下も記入してください。			
金融機関名	銀行協同組合	本店(所) 支店(所)	預金種別	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座
口座番号	金融機関コード		支店コード	

※出産育児一時金の受取を医療機関等に委任する場合は記入してください。

受取については、下記の医療機関等に委任します。		<b>振込金額(出産児1人につき)</b> 488,000円 <small>※産科医療補償制度加入の場合は下記の金額を加算します。</small> 12,000円
住所		
世帯主名		
金融機関	銀行協同組合	本店(所) 支店(所)
口座番号	金融機関コード	支店コード
口座名義人(カタカナ)※		
医療機関等の所在地・名称		

(あて先) 春日市長 上記のとおり申請します。

年 月 日

**世帯主** 住所 \_\_\_\_\_  
(フリガナ)

氏名 \_\_\_\_\_ 電話 \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

**代理人** 住所 \_\_\_\_\_  
(フリガナ)

氏名 \_\_\_\_\_ 世帯主との続柄 [ \_\_\_\_\_ ]

電話 \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

担 当 処 理 欄	国保資格	産科医療補償	支 給	受付担当者	受付印
	<input type="checkbox"/> 確認	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可		
	世帯主CD	支給額	納税確認		
	母CD	支給予定日説明	滞納 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有		
			納税担当者		
	( / )	( )			