

受付印

国民健康保険 出産育児一時金支給申請書

稲美町長様

令和 年 月 日

世帯主 (申請者)	住所	〒 兵庫県加古郡稲美町		
	電話番号		個人番号	
	氏名		被保険者 証番号	

次のとおり出産育児一時金の支給を申請します。

母親	氏名		生年月日	
	加入年月日	昭和 平成 令和 年 月 日	加入理由	<input type="checkbox"/> 出生 <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 転入 () <input type="checkbox"/> 社保離脱
出生者	氏名		生年月日	

※死産・流産・人工妊娠中絶の場合は、出生者欄の記載は不要です。

出産育児 一時金 支給額	産科医療補償制度に加入している場合	産科医療補償制度に加入していない場合
	<input type="checkbox"/> 500,000円	<input type="checkbox"/> 488,000円
	差額支給の場合	他の健康保険制度からの出産給付の有無
	<input type="checkbox"/> 円	有 ・ 無

口座振替 依頼者 記入欄	銀行・農業協同組合 信用金庫・信用組合		支店 支所 出張所
	預金種別	普通 ・ 当座	名義人
	口座番号		フリガナ:

※口座名義人が世帯主でない場合「受領委任欄」も記入願います。	受領委任欄	出産育児一時金の受領を上記口座名義人に委任します。 (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。
--------------------------------	-------	---

※未納保険税がある方は、役場窓口払いとなる場合があります。

※出産育児一時金支給額を国民健康保険税の納税に充てることを希望される方は、以下の欄に記入願います。

国民健康保険税の納税に充てたいので、 出産育児一時金支給額の受領と国民健康 保険税の納税を依頼します。	世帯主氏名	(※) (※)本人が手書きしない場合は、記名押印してください。
---	-------	------------------------------------

*受領・納税額は出産育児一時金支給額を同額とし、「延滞金→督促手数料→国民健康保険税」の順に納付されることとします。

個人番号記載	本人 ・ 職員				
未納保険税	有 ・ 無	支給方法	口座振替・現金給付・未納充当	備考	