

国民健康保険 出産育児一時金 支給申請書

この申請書は、国民健康保険に加入している方が出産したとき、出産育児一時金が支給される手続きに使用します。

< 出産した方 >（国民健康保険の被保険者）

フリガナ		生年月日	年	月	日
氏名		個人番号			
住所	(建物名等)				

< 生まれた方 >

フリガナ		続柄	世帯主から見て		
出生児の氏名					
出産年月日	年	月	日	死産のときは 妊娠月数	妊娠第 満 週 日

< 申請者 >（国民健康保険の世帯主）

北見市長 様		(申請日)		年	月	日
上記のとおり申請します。						
フリガナ		生年月日	年	月	日	
氏名	署名	個人番号				
		電話番号	-	-		
住所	<input type="checkbox"/> 出産した方と同じ（記入不要） (建物名等)					

< 受取口座 > ※原則として世帯主の口座を指定してください

口座名義人	カナ					
郵便局の通帳に振込	通帳の記号			通帳の番号		
	1		0	-		1
銀行口座に振込		口座番号				
銀行・信金・労金 信組・農協・漁協		本店	<input type="checkbox"/> 普通			
		支店	<input type="checkbox"/> 当座			

※やむをえず口座を 利用できない場合
<input type="checkbox"/> 為替証書払い
<input type="checkbox"/> 窓口払い
市処理欄
-

北見市使用欄

申請書交付時	<公簿確認> <input type="checkbox"/> 戸籍 <input type="checkbox"/> 住民票 <input type="checkbox"/> 出生届 <input type="checkbox"/> 死産届 <input type="checkbox"/> 母子手帳 <input type="checkbox"/> 死胎火葬許可証 <input type="checkbox"/> 被保険者台帳()
受付時	・出産した被保険者の資格取得日、事由確認【 年 月 日()・なし】 ・他保険より支給あるため申請却下【 電話連絡済・文書発送済】 ・直接支払制度の利用【 有(整理番号:)・無】 ・産科医療補償制度のスタンプ【 有・無】

本人確認	提出方法	備考	交付	入力	取扱
①番・免・バ・手帳 他()	<input type="checkbox"/> 世帯主 <input type="checkbox"/> 員()				
②証・年金・児童・ バス・社員・学生 他()	<input type="checkbox"/> 同住() <input type="checkbox"/> 代理人 代理権確認手段		国保番号		
③ヒア	保険証・委任状 他() <input type="checkbox"/> 郵送		宛名番号		

