

出産育児一時金支給申請書

※記載事項を訂正した場合、必ず訂正印を押してください

被保険者証の記号・番号	滋 湖		
出 産 者 氏 名			
出産者資格取得年月日			
出生児の氏名		性別	男・女
出産(死産)の年月日	年	月	日
出 産 の 種 類	1 出生	2 死産	3 流産
申 請 額	円		

振 込 先 金 融 機 関	銀 行 信 用 金 庫 農 協 信 用 組 合	本 店 支 所 普 通 当 口 座 番 号	右詰に記入してください。						
			<table border="1"> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table>						
支給額は上記口座に振り込んでください。		(フリガナ)	口座名義人						
委 任 状 注) 世帯主名義以外の口座に振り込む場合のみ記入してください。	世帯主	口座名義人を代理人と定め、受領に関する権限を委任します。 住 所 氏 名 (印)							
上記のとおり、出産育児一時金の支給を申請します。 年 月 日		世帯主	住 所 氏 名 (印) 電話(連絡先) () -						
湖南市長 あて									

※国民健康保険の資格取得日が出産日から遡って6箇月以内の方は、必ず下記申立書を記入してください。

申 立 書

出産育児一時金申請するにあたり、下記のとおり申し立てます。

記

被保険者 の 年 月 日 の出産に係わる出産育児一時金及びこれに相当する給付につき、湖南市国民健康保険以外には受給資格がないこと。

国民健康保険加入以前の保険(出産日より遡って6箇月前に加入していた健康保険、勤務先等)

- 社会保険本人 社会保険の被扶養者(の扶養)
- 他の国民健康保険 その他

名 称	加 入 期 間 年 月 日 ~ 年 月 日
所 在 地	電 話 () -

年 月 日

世帯主 住 所
氏 名 (印)
湖南市長 あて 電 話(連絡先) () -