

国民健康保険出産育児一時金支給申請書

被保険者証記号番号	26— .	区分	<input type="checkbox"/> 差額支給 <small>（出産費用が出産育児一時金を下回り、差額が発生した場合）</small> <input type="checkbox"/> 海外出産 <input type="checkbox"/> 直接支払制度・受取代理制度を利用しなかった場合	
関係事項 出生時	分娩年月日	年 月 日		
	生まれた子の名	続柄	性別	男・女
	母の氏名			
	母の個人番号			
	分娩の種類	正常	早産（妊娠 月）	死産
上記のとおり申請します。				
年 月 日				
住所 武蔵野市 町 丁目 番 号				
氏名（世帯主）				
電話番号				
武蔵野市長 殿				

証明（照合）欄

上記のとおり 出生届（母子手帳）又は住民記録と照合しました。
分娩の事実を証明します。

年 月 日

事務担当者 氏名 _____

医師又は助産師 住所 _____

氏名 _____ 印 _____

（出生届を提出している場合、医師又は助産師の証明はいりません。）

振込先

銀行・信金・信組	支店	種目 1 普通・2 当座
口座番号	口座名義人（カタカナで記入してください。）	

- 注 1 世帯主の銀行口座を記入してください。
 2 出産した本人が、社会保険に被保険者本人として1年以上加入した後に資格喪失し、6か月以内に出産し、かつ、社会保険に出産育児一時金の支給申請をしない場合は、下欄にもご記入ください。

保険者名	記号 番号
保険者名不明の場合 会社名	電話番号

受付印

武蔵野市	支給	記録	受付	医療機関への支給額	円
記入欄				世帯主への支給額	円