

様式第7(第6条関係)

出産育児一時金支給申請書

被保険者証記号・番号	み和 A											
分娩をした被保険者	氏名					生年月日	年 月 日					
	個人番号											
分娩医療機関	病院・産婦人科 診療所・助産所											
フリガナ	※記載が困難な場合は不要です										世帯主との続柄	
出産児氏名												
分娩年月日/在胎週数	年 月 日 (出産・死産) / 在胎週数()週											
直接支払制度の利用	<input type="checkbox"/> 利用した <input type="checkbox"/> 利用していない											
出産育児一時金支給申請額	①	出産育児一時金支給額					500,000円					
	②	出産に要した費用(直接支払制度利用者のみ記入)					円					
	③	支給申請額 (① - ②)					円					
支払方法	<input type="checkbox"/> 口座振込 <input type="checkbox"/> 窓口支払				口座種別	普通・当座						
振込先金融機関					銀行・信金 農協・信組				本店 支店			
	銀行コード:				()	支店コード:			()			
フリガナ											口座番号	
口座名義人												
上記のとおり、出産育児一時金の支給申請をします。												
大和町長殿 令和 年 月 日												
世帯主 〒 -												
住所 大和町												
氏名 電話番号 ()												
個人番号												
届出者 ※届出者が世帯主と異なる場合は、下記に記入願います。												
<input type="checkbox"/> 世帯員 <input type="checkbox"/> その他()												
住所 <input type="checkbox"/> 同上												
氏名 電話番号 ()												

〈町記載欄〉

国保税滞納	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	他保からの給付	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
分娩事実の確認	<input type="checkbox"/> 医師の証明書を添付 <input type="checkbox"/> 住基により確認		
添付書類	<input type="checkbox"/> 直接支払制度の利用に関する合意文書		
	<input type="checkbox"/> 国民健康保険被保険者証		
	<input type="checkbox"/> 領収書及び明細書(直接支払制度利用者のみ)		
	<input type="checkbox"/> 世帯主名義の通帳またはキャッシュカード		

受付印