

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													
出 産 児 氏 名	※記載が困難な 場合は不要です						世帯主との 続 柄						
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	☐ 利用した ☐ 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						5 0 0 , 0 0 0 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	☐ 口座振込 ☐ 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 名 義 人							口座番号						
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													
〒 ー													
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。													
☐ 世帯員 ☐ その他()													
住 所 ☐ 同上													
氏 名 電話番号 ()													

〈 町記載欄 〉				受 付 印
国 保 税 滞 納	☐ 有 ☐ 無	他保からの給付	☐ 有 ☐ 無	
分 娩 事 実 の 確 認	☐ 医師の証明書を添付 ☐ 住基により確認			
添 付 書 類	☐ 直接支払制度の利用に関する合意文書			
	☐ 領収書及び明細書(直接支払制度利用者のみ)			
	☐ 世帯主名義の通帳またはキャッシュカード			