

申請前にチェック

出産された方が社会保険(本人)に1年以上加入していた方で、出産日が社会保険をやめられてから6箇月以内の場合、出産育児一時金は加入していた社会保険へ御請求ください。

出産育児一時金支給申請書

狛江市長 宛て

医療機関への支払分を差し引いた出産育児一時金の残額の支給を申請します。
出産育児一時金は、下記の口座に振り込んでください。

年 月 日

500,000 - =
(請求金額 - 直接支払制度利用額 = 申請額)

出産された方の氏名 _____

新生児氏名 _____ 生年月日 _____ 年 月 日

※ 死産・流産・人工妊娠中絶の場合は、上記【新生児の氏名・生年月日】の記載は不要です。

世帯主氏名 _____

住所 狛江市 _____ 丁目 _____ 番 _____ 号

電話番号 _____ - _____

【振込先】

| 金融機関コード | 支店番号 | | 預金種別 | | | |
|---------|----------------------|-----|--------------|--|--|--|
| 金融機関 | 銀行 信用金庫 農業協同組合 | 支店名 | 1 普通 2 当座 | | | |
| フリガナ | 口座番号 | | | | | |
| 口座名義 | | | | | | |

(狛江市記入欄)

| 受付 | 審査①(受付) | 審査②(支給) |
|----|---------|---------|
| | | |

| | |
|--|---|
| 記号番号 | 42 - - |
| 本人確認 | 本人 : <input type="checkbox"/> 免許証 <input type="checkbox"/> 保険証 <input type="checkbox"/> その他() 代理人 : <input type="checkbox"/> 委任状 + <input type="checkbox"/> 本人確認() |
| 出産者の出産日6箇月前の保険 (受付時要確認) | |
| <input type="checkbox"/> 狛江市国保 <input type="checkbox"/> 社保・その他 → <input type="checkbox"/> 1年未満 → <input type="checkbox"/> 1年以上 → 前社保等へ確認 申請履歴 有・無 ()確認 | |

申請前に

※申請前に必ずご確認ください！

記載例

□ 出産された方が社会保険(本人)に1年以上加入していた方で、出産日が社会保険をやめられてから6箇月以内の場合、出産育児一時金は加入していた社会保険へ御請求ください。

山幸卒日

① 申請する日(記入日)をご記入ください。

医療費の支払分を差し引いた
出産育児一時金は、下記の口座

令和〇年 〇月 〇日

② ①には、直接支払制度利用額をご記入ください。
直接支払制度を利用していない方は「0」とご記入ください。

②には、500,000から①を引いた額をご記入ください。

$$500,000 - \text{①} = \text{②}$$

(請求金額 - 直接支払制度利用額 = 申請額)

出産された方の氏名 **拍江 花子**

新生児の氏名 **拍江 花太郎** 生年月日 **令和〇年 〇月 〇日**

※ 死産・流産・人工妊娠中絶の場合は、上記【新生児の氏名・生年月日】の記載は不要です。

世帯主の方の氏名 **拍江 太郎**

住所 **拍江市 〇〇 1丁目 1**

電話番号 **080 - XXXXX - XXXX**

- ③ 出産された方の氏名
 - ④ 新生児の氏名・生年月日
 - ※死産・流産・人工妊娠中絶の場合は記載不要です。
 - ⑤ 世帯主の方の氏名と住所
 - ⑥ 電話番号
- をご記入ください。

【振込先口座】

| | | | | | |
|---------|----------------|------|----------------------|--------------|--|
| 金融機関コード | 9999 | 支店番号 | 999 | 預金種別 | |
| 金融機関 | こまえ | 支店名 | こまえ | 1 普通 2 当座 | |
| フリガナ | コマエ タロウ | 口座番号 | 9 9 9 9 9 9 9 | | |
| 口座名義 | 拍江 太郎 | | | | |

⑦ 振込先として、世帯主の方の口座をご記入ください。

※ゆうちよ銀行を指定する方は、必ず3桁の支店名・支店番号(漢数字)を記入してください。

(拍江市記入欄)

| | | |
|----|---------|-----|
| 受付 | 審査①(受付) | 審査② |
| | | |

出産者の出産日6箇月前の保険(受付時要確認)

市記入欄のため記入不要です。

確認