# 出 産 育 児 一 時 金 支 給 申 請 書

| 被保険者証番号 | 9 | 8 | 7 | 6 | 5 | 4 | 3 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|

出産費用明細書で産科医療補償制度加入の有無をご確認ください。

令和 5 年 1 月 4 日

被保険者証の被保険者番号をご記入ください。

尼崎市長あて

申 請 者
（世帯主）

（〒 660 － 8501 ）

住　　所　尼崎市東七松町1丁目23番1号

氏　　名　尼崎　〇〇

（注）世帯主本人が手書きしない場合は、記名押印してください。

電話番号　（ 06 ）　6489 － 6420

分娩者の国保資格取得日をご記入ください。

次のとおり出産育児一時金の支給を申請します。支払いは、下記の口座に振り込んでください。
なお、申請者と振込先口座名義人が異なる場合は、下記口座名義人に受領行為を委任します。

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 分娩機関名 | ▽▽病院 | | 受取方法 | (口座振込)・ 窓口払 |
| 分娩機関の産科医療補償制度加入の有無 | | (有)・ 無 | 資格取得 | (昭・平・(令)) 4 年 3 月 1 日 |
| 分娩者 | 氏 名 | 尼崎　△△ | 出産別 | (生)・ 死 |
| 分娩者 | マイナンバー | 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 0 1 | 申請者と分娩者の続柄 | (注) 世帯主から見た続柄 妻 |
| 出生児 | 氏 名 | 尼崎　□□ | 申請者と出生児の続柄 | (注) 世帯主から見た続柄 子 |
| 出生児 | 出生日 | 令和 4 年 12 月 26 日 | | |

※死産・流産・人工妊娠中絶の場合は、出生児氏名についての記載は不要です。

公金受取口座を利用できるのは世帯主のみです。
利用する場合は☑してください。
※マイナンバーカードに登録されている世帯主名義の口座

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 公金受取口座 | ☐ 公金受取口座を利用する<br>・当該口座を利用する場合は下記金融機関情報の記入は不要です。 | | | |
| 振込先金融機関 | ●● | ☑ 銀 行<br>☐ 信用(金庫・組合)<br>☐ 農 協・労 協 | ▲▲ | ☐ 本 店<br>☑ 支 店<br>☐ 出張所 |
| | 預金種別 | ☑普通(総合)　☐当座　☐貯蓄 | | |
| | 支店番号 | 4 3 8 | 口座番号 | 0 1 2 3 4 5 6 |
| | 口座名義人氏名 | フリガナ ｱﾏｶﾞｻｷ ○○<br>尼崎　〇〇 | | |

| 銀行コード |
|---|
| 9 9 0 0 |

公金受取口座を利用しない場合はご記入ください。

| | | | |
|---|---|---|---|
| ※処理欄 | 令和　年　月　日　出産<br>被用者保険から出産育児一時金が支給 （ ☐ されない ） | | 確認 |
| | 支給額 | ☐500,000円　☐488,000円　☐420,000円<br>☐408,000円<br>☐差額(　　円)(要証明書) | |
| | 入力 （ 未 ・ 済 ） | 令和　年　月　日 | 確認 |

| 国保料未納 |
|---|
| 有 ・ 無 |
| 納付確約 |
| 有 ・ 無 |
| 確認(収納) |

「直接支払制度を利用しない旨を明記した上記の契約書」がなければ受付できません。

※経由確認欄

| 支給決定　令和　年　月　日 | | | |
|---|---|---|---|
| 課長 | 係長 | 係長 | 係 |

・対象者のマイナンバーの確認　☐マイナンバーカード又は写し　☐通知カード又は写し　☐マイナンバー記載の住民票の写し等
・来庁者の身元確認　☐世帯主　☐同一世帯員　☐別世帯代理人

☐職員確認