

様式第28号 (第12条関係)

国民健康保険出産育児一時金支給申請書

年 月 日

(宛先) 筑紫野市長

住 所

世帯主

連絡先

下記のとおり必要書類を添えて申請します。
 なお、支給決定金額については、下記の口座へ振り込んでください。

記

被 保 険 者 証 記 号 番 号		世 帯 コ ー ド	
母 親 氏 名		母 親 生 年 月 日	年 月 日 () 歳
母 親 個 人 番 号	出 産 年 月 日	年 月 日
直接支払制度の利用	利用する・利用しない	出 産 人 数	() 人
直接支払制度利用 の場合医療機関の 代 理 受 取 額	円	出 産 の 状 態	【生産】正常分娩 () 週 異常分娩 () 週 【死産】 () 週
産科医療補償制度 加 入 の 有 無	加 入 ・ 非 加 入		
出産を介助した医 療機関又は助産師 の住所及び氏名	住 所	電 話	
	医療機関名 助 産 師 名		
<input type="checkbox"/> 公金受取口座（マイナンバーに紐づけた口座）を利用する（利用する場合は口座情報の記入不要） 公金受取口座を登録していない方は、マイナポータルから簡単に登録いただけます。			
口 座 振 込 先			
金 融 機 関 名		店 名	
預 金 種 別	普通・当座	口 座 番 号	
口 座 名 義	(フリガナ)		

次の添付書類が必要です。

- 1 医療機関から交付される「合意文書」「出産費用の領収・明細書」
- 2 産科医療補償制度対象出産の場合は、加入機関を証明する所定の印が押印された書類

受付印
支給決定額
円