

記入例

國民健康保險出產育兒一時金支給申請書

令和7年12月2日

(あて先)調布市長

下記のとおり申請します。

正 182 - 8511

住 所 調布市小島町2-35-1

請求者

(世帯主) 氏名 調布 太郎

連絡先 TEL **042** [**481**] **△△□□**

資格情報のお知らせや
資格確認書に記載されている
記号・番号をご記入ください。

記入欄番号を記入ください

(請求金額 - 直接支払制度利用額 = 申請額)

生まれた かたの氏名	調布 次郎	続 柄	子	生年 月日	令和7年 10月 3日
出産された かたの氏名	調布 花子	生年月日		平成2年 1月 2日	
		資格開始日		平成20年 5月 4日	

資格情報のお知らせや資格確認書に記載されている適用開始年月日をご記入ください。(不明な場合は空欄可)

口座振込依頼書							支店コード			支店名			口座番号		
振込先 金融機関 機関	金融機関 コード	7	7	7	7	8	8	8	頂 種 別	1 普通 2 当座					
	金融機関名	調布銀行				調布支店									
(カタカナ) 口座名義	世帯主の口座を ご記入ください。							チヨウフ タロウ							
調布 太郎							1	2	3	4	5	6	7		

※請求者名義の口座をご指定下さい。(請求者以外の口座へは送金できません。)

個人番号（マイナンバー）

マイナンバーをご記入下さい。
(不明な場合は空欄可)

市確認欄	受付印
出産者の出産日 6 ヶ月前の保険	
<input type="checkbox"/> 国保（調布市・他区市町村） <input type="checkbox"/> 無保険 <input type="checkbox"/> 社扶 <input type="checkbox"/> 社本（1年未満・1年以上 ⇒ 前社保（ ）確認）	
滯納	<input type="checkbox"/> なし・ <input type="checkbox"/> あり ⇒ 税担当（ ）確認
	受付者