

国民健康保険出産育児一時金支給申請書

年 月 日

(あて先)調布市長
下記のとおり申請します。

〒 -

住 所

請求者
(世帯主) 氏 名

連絡先 TEL []

申 請 額								円	被保険者 記号・番号	3 1 - .	
- = (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								続 柄		生年 月日	年 月 日
出産された かたの氏名								生 年 月 日		年 月 日	
								資 格 開 始 日		年 月 日	

口座振込依頼書											
振 込 先 金 融 機 関	金融機関 コード					支店コード			預 金 種 別	1 普通 2 当座	
	金融機関名					支 店 名					
(カタカナ) 口座名義								口 座 番 号			
※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)

請求者 (世帯主)										
出産されたかた										

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)											
滞納	<input type="checkbox"/> なし ・ <input type="checkbox"/> あり ⇒ 税担当 () 確認									受付者	