

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	31 - .
-------	---	---------------	--------

— =
(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	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	□なし・□あり⇒税担当()確認	受付者