

国民健康保険出産育児一時金支給申請書

受付印欄

(宛先) 長野市長

次のとおり申請します。

令和 年 月 日

世帯主(申請人)

氏名

印

自署の場合
は
押印不要

住所

電話番号

個人番号

(マイナンバー12桁)

被保険者証の記号番号	長 ー	個人番号 (マイナンバー12桁)		
分娩者氏名 (被保険者)				
生年月日	昭和・平成 年 月 日生	分娩年月日	令和 年 月 日	
分娩区分	1 出産 2 死産等 (流産、人工妊娠中絶含む)	出生児氏名	(死産等の場合、この欄は記入不要です)	
直接 支 払 無 し 制 度	分娩日の区分	産科医療補償制度なし	産科医療補償制度加入医療機関	添付書類
	令和5年4月1日以降	<input type="checkbox"/> 488,000円	<input type="checkbox"/> 500,000円	病院との合意文書 領収証・明細書
	令和5年3月31日以前	<input type="checkbox"/> 408,000円	<input type="checkbox"/> 420,000円	
直接支払制度を利用した場合の差額申請 (上記一時金の額から分娩費用を引いた額)		<input type="checkbox"/>	円	領収証・明細書

<添付書類について>

- 産科医療補償制度加入医療機関等における分娩の場合は、対象分娩であることを証明する印がある領収証・明細書
- 死産等(妊娠期間満12週以上)の場合は、その年月日及び妊娠期間(日数)を証明する書類を追加
- 海外で分娩された場合は、出産証明書等及び日本語訳文、同意書(別様式)を添付、旅券を提示

 世帯主の公金受取口座を利用する(既に登録済みの方のみ) その他振込口座を指定する(以下にご記入ください)

振込先 金融機関	銀行 信用金庫 農協 信用組合		支店 支所
	口座番号	フリガナ	
		口座 名義	

世帯主名義以外の口座に振込希望の場合は下欄にも記入・押印してください

委任 状	私(世帯主)は、申請により支給される出産育児一時金の受領を次の者に委任します。	委任者印 (世帯主認印) 押印必要
	受任者(口座名義人)住所 <input type="checkbox"/> 世帯主と同じ	
	受任者(口座名義人)氏名	
	電話() ー	

※ 被保険者証、振込金融機関名、口座名義人、口座番号のわかるものを持参のうえ、出産日の翌日から起算して2年以内に申請書と添付書類を提出してください。

※ すでに出産育児一時金受取代理制度の申請をされた方は対象になりません。

※ 他の保険から出産費に相当する給付を受ける場合(社会保険等に本人の資格で1年以上加入期間があり、その資格喪失後6か月以内の分娩で申請する場合)、長野市国民健康保険の出産育児一時金は支給されません。

受付者