

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

下記のとおり申請します。

令和 年 月 日

郵便番号 □□□-□□□□

住所 長野市

世帯主

氏名

個人番号

電話

自署の場合は
押印不要

被保険者証 の記号番号	長 ー	分娩した 被保険者氏名		
分娩した被保険者 の個人番号		生年月日	(昭和・平成 年 月 日)	
分娩区分	1 出産 2 死産	出生児の名 氏		
分娩年月日	令和 年 月 日	世帯主との続柄 ()		
		産科医療 補償制度	一時金の額 いずれかにチェックしてください	添付書類
直接支払制度を利用しなかった場合		なし	(令和4年1月1日生れ以降) <input type="checkbox"/> 408,000円 (令和3年12月31日生れまで) <input type="checkbox"/> 404,000円	合意文書 領収・明細書
		あり	<input type="checkbox"/> 420,000円	”
直接支払制度を利用した場合の差額		上記一時金の額から 分娩費用を引いた額	<input type="checkbox"/> 円	領収・明細書

※死産(満12週以上)の場合はその年月日及び妊娠日数を証明する書類を添付してください。

※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書等の写しを添付してください。

※海外で分娩された場合は出産証明書等及び訳文を添付してください。

金融機関名	銀行・信用金庫		支店
	農協・信用組合		支所
※国保課使用欄	口座番号	フリガナ	
		口座名義人	

↓世帯主名義の口座以外に振込依頼をする人は次に記入して下さい(押印必要)

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。 受任者(口座名義人)住所 世帯主と同じ <input type="checkbox"/> 〒□□□-□□□□	委任者印 (世帯主) 押印必要
	受任者(口座名義人)氏名 電話() -	

※被保険者証、支払金融機関名、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か月以内の分娩の場合)、長野市国民健康保険からは出産育児一時金は支給されません。

受付者