

記入例

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。

郵便番号 380-0000

令和4年 〇月 〇日

住所 長野市000000町0000番地

世帯主

氏名 長野 太郎

自署の場合は
押印不要

個人番号 〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇

電話 026-200-0000

死産等の場合、記入不要です。
また、出生届け前でお名前が決
まっていないなどの場合も、記入
が無くても申請できます。

被保険者証 の記号番号	長-000000	分娩した 被保険者氏名	〇〇 ◆◆◆◆
分娩した被保険者 の個人番号	0000 0000 0000	生年月日	(昭和(平成)00年 00月 00日)
分娩区分	<input checked="" type="checkbox"/> 出産 <input type="checkbox"/> 2死産等	出生児の 氏名	〇〇 〇〇〇 世帯主との続柄 (長女)
分娩年月日	令和 0年 0月 0日		(死産等の場合、この欄は記入不要です)

産科医療 補償制度	一時金の額 いづ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	<input type="checkbox"/> (令和4年1月1日生れ以降) 408,000円 <input type="checkbox"/> (令和3年12月31日生れまで) 404,000円	合意文書 領収・明細書
産科医療補償制度ありの場合 には、出産費用明細書に「産科 医療補償制度加入機関」という スタンプが押してあります。	<input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり	"
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	領収・明細書

出生日に注意

産科医療補償制度ありの場合
には、出産費用明細書に「産科
医療補償制度加入機関」という
スタンプが押してあります。

※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。

※死産等(妊娠期間満12週以上)の場合は、その年月日及び死産を証明する書類を添付してください。

※海外で出産の場合は、海外出生届出証明書と同意書に記入してください。

出産育児一時金の金額から明細書の「代理受取額」を引いた金額を記入してください。

例;産科医療補償制度加入医療機関における出産(420,000円)で直接支払制度を利用し、分娩費用が406,500円の場合、その差額の13,500円を記入しチェックをしてください。

銀行・信用金庫	000	支店
農協・信用組合		支所
フリガナ	0000 0000	
口座名義人	00 00	

↓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
	世帯主と振込先口座名義人が異なる場合は委任状欄の記入・押印が必要になります。 受任者(口座名義人)住所・氏名は振込先口座名義人の住所・氏名を記入してください。	

※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。

※『死産等』には、流産、人工妊娠中絶を含みます。

受付者