□ 国民健康保険出産育児一時金支給申請書
□ 国民健康保険出産育児一時金差額支給申請書

福 津 市 長　　宛

申 請 日	令和　　年　　月　　日

申 請 者 （ 世帯主 ）	住　所	福津市
	氏　名	
	個人番号	
	電話番号	

来 庁 者	氏　名	□ 世帯主来庁のため記載省略

出 産 者	被保険者記号･番号	ー
	氏　名	
	個人番号	
新 生 児	生年月日	令和　　年　　月　　日

出産育児一時金　488,000円

※1 産科医療補償制度に加入する医療機関等において出産した場合の金額　（500,000円）※1

出産育児一時金直接支払制度利用	□ 有(※2) ・ □ 無

※2代理受取額 [　　] 円　医療機関 （　　）

出産育児一時金差額申請額 [　　] 円

振込先	金融機関名		支店名	
	口座番号		種別	普通 ・ 当座
	口座名義 （カタカナ書）			

・振込先として世帯主以外の名義の口座を指定する場合は委任状が必要です。
・ゆうちょ銀行の口座で支店名（店番号）が不明の場合は、口座番号の欄に通帳番号を －（ハイフン）を含めてご記入ください。

基幹系S	Excel	窓口受付