

担当	係長	課長

- 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

令和 年 月 日

福 津 市 長 宛

住 所 福津市

世 帯 主



世帯主個人番号

電話番号

()

保険証記号番号

出 産 者 氏 名

出産者個人番号

新 生 児 氏 名

新生児年月日

出産育児一時金 500,000円

※ 産科医療補償制度に加入しない医療機関等において出産した場合は、488,000円です。

出産育児一時金直接支払制度利用

有(※) ・ 無

※代理受領額 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 (普・当)	
	名 義 (カタカナ書)	

※原則世帯主の方へ振込みますが、世帯主以外の方へ振り込むこともできます。

ただし、その場合には委任状が必要です。

※ゆうちょ銀行の方で店名が不明の場合は口座番号の欄に通帳番号を- (ハイフン) も含めてご記入ください。