

出産育児一時金支給申請書

申請金額	円 (①－②)
------	---------

出産育児一時金 (①)	在胎週数 22週以上	産科医療 補償制度加入		500,000 円
		産科医療 補償制度未加入		488,000 円
	在胎週数 12週以上22週未満			488,000 円
医療機関代理受取額 (②)	直接支払制度利用			円
	直接支払制度未利用			0 円

記号番号				
被保険者氏名 (分べん者)				
出産年月日		令和 年 月 日 (生産 ・ 死産 ・ ())		
出生児氏名 (※1)				
振込 指定 口座 (※2)	金融機関名	銀行 ・ 信金 信組 ・ 農協		本 店 支 店 出張所
	預金種別	1 普通 2 当座	口座番号	
	フリガナ			
	口座名義			

上記のとおり申請します。
また、支給額を上記振込指定口座に振り込んでください。

令和 年 月 日

住 所 砺波市

世帯主氏名

(TEL - -)

砺波市長 あて

※1 死産・流産・人工妊娠中絶の場合は、記載不要です。

※2 振込指定口座の名義人は、世帯主または被保険者（分べん者）としてください。

添付書類の確認

- ☐ 出産費用の領収・明細書の写し
- ☐ 出産(死産・流産を含む)を証明する書類の写し
- ☐ 医療機関との代理契約に関する文書(合意文書)の写し

支給要件の確認

- ☐ 同一の出産について、他の健康保険等から支給されていないこと
- ☐ 資格取得日から出産日までの砺波市国保加入期間が6ヶ月以上または砺波市国保資格取得前の状況が次のいずれかであること
 - ① 砺波市以外の国保被保険者 ② 社会保険被扶養者 ③ 社会保険被保険者で、加入期間が1年未満