

受付	担任	係長	課長	整理番号
----	----	----	----	------

**国民健康保険出産育児一時金支給申請書**

令和\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_日

(宛先) 川崎市\_\_\_\_\_区長  
[申請人(世帯主)]

(郵便番号)

□	□	□	□	□	□	□	□
---	---	---	---	---	---	---	---

川崎市\_\_\_\_\_区

氏名\_\_\_\_\_

電話\_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

被保険者証記号・番号	50—	□	□	□	□	□	□	□	□
分べん被保険者氏名 (出産した母親の氏名)									
出 産 し た 日	令和	年	月	日					

次のとおり国民健康保険出産育児一時金の支給を申請します。

申 請 金 額	¥	□	□	□	□	□	□	□	□
---------	---	---	---	---	---	---	---	---	---

出産した母親の6箇月前の健康保険の状況についてお答えください。

出 産 し た 日 か ら 6 箇 月 前 の 健 康 保 険 の 状 況	
<input type="checkbox"/> 会社、共済組合等の健康保険(勤務先: _____)	
<input type="checkbox"/> 被保険者本人 <input type="checkbox"/> 被扶養者: 資格をなくした日 令和_____年_____月_____日	
<input type="checkbox"/> 川崎市国民健康保険 <input type="checkbox"/> 他の国民健康保険( _____ 市町村・国保組合)	
<input type="checkbox"/> その他	

処理欄

- 出生届出済     母子健康手帳の確認     医師又は助産師の分娩証明書の添付  
 死産届出済     死胎埋火葬許可証の写の添付     合意文書  
 医師又は助産師の死産証明書又は死胎検案書の添付     領収・明細書

出産区分

- 出産  
 死産

委任払

委任年月日: (令和\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_日) / 委任金額: (\_\_\_\_\_円)

次のとおり口座振込を依頼します。

振込先	銀行 信用金庫 農協	支店	預金種目	1普通 2当座	口座番号	□	□	□	□	□	□	□	□	
			フリガナ											
			口座名義人											

※ 世帯主名義の口座以外の口座に振込を希望する場合は、次の委任状を記入してください。  
委任者(世帯主)氏名の欄には、世帯主本人が氏名を自署(自署できない場合は記名押印)してください。

委任状	上記出産育児一時金の受領に関する権限を委任します。	
	委任者(世帯主)	受任者(口座名義人)
	氏名_____	氏名_____

支給決定年月日

□	□	□	□
---	---	---	---

年	月	日
---	---	---

支給年月日

年	月	日
---	---	---