

出産育児一時金支給申請書

受付印

金 _____ 円

上記の金額を支給されるよう下記のとおり申請します。

川崎町長 殿

令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日

〒 _____

住 所 _____

世帯主

氏 名 _____

個人番号 _____

電話番号 (_____) _____

被保険者 記号番号	_____	出産年月日	平成 令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日
出産児名	_____	分娩者の 氏名・生年月日	(氏名)
世帯主との続柄	_____		(生年月日) 昭和・平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日
分娩の種類	生産 ・ 死産		(個人番号)
出産した医療機関等	_____		

※他の健康保険から、これに相当する給付を受けられる場合（他の健康保険で、被保険者本人としての期間が継続して1年以上あった者が、喪失後6か月以内に分娩した場合）は、支給できません。（健康保険法第106条）

出産育児一時金支給決定伺

起案年月日	令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日	決裁年月日	令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日			
町長	副町長	財政課長	課長	係長	係員	会計管理者
出産の確認	<input type="checkbox"/> 出生届等 <input type="checkbox"/> 住民票 <input type="checkbox"/> その他 (_____)					
添付書類	<input type="checkbox"/> 医療機関等と交わした文書の写し <input type="checkbox"/> 支払請求書 <input type="checkbox"/> 口座振替払申出書 <input type="checkbox"/> 口座の写し					
次のとおり支給決定及び通知してよろしいか。						
受取人氏名	_____	世帯主へ支給額	_____ 円			
支給予定年月日	令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日	医療機関へ直接支払額	_____ 円			
支給年月日	令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日	医療機関の受取代理	_____ 円			
備考	_____					