

# 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 ( )

|                  |         |  |  |   |  |  |  |  |                          |                       |
|------------------|---------|--|--|---|--|--|--|--|--------------------------|-----------------------|
| 被保険者証<br>記 号 番 号 |         |  |  | — |  |  |  |  | 出 産 年 月 日                | 令和 年 月 日              |
| 出 産 児 名          |         |  |  |   |  |  |  |  | 分 娩 者 の<br>氏 名 ・ 生 年 月 日 | (氏名)                  |
| 世帯主との続柄          |         |  |  |   |  |  |  |  |                          | (生年月日)<br>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                    |                                                                                                                                          |            |          |    |    |       |