

# 宗像市国民健康保険出産育児一時金支給申請書

(差額申請用)

宗像市長 あて

次のとおり、添付資料を添えて国民健康保険出産育児一時金の申請を行います。

被保険者番号	宗	申請日	令和 年 月 日
申請者 (世帯主)	住所	宗像市	
	フリガナ	電話番号	
氏名			
	出生者氏名	出生年月日	令和 年 月 日
振込先	生年月日	年 月 日	
	銀行 信用金庫 信用組合 農協 漁協	本店 支店 出張所	口座番号 フリガナ 普通・当座 口座名義
受領委任欄 (世帯主と振込先口座名義人が異なる場合は記入をしてください)			
下記のとおり、代理人に出産育児一時金支給申請に関する権限を委任します		申請者 (世帯主)	印
令和 年 月 日	住所	※世帯主が手書きしない場合は、記名押印してください	
代理人	氏名	電話番号 ( )	

## 市記入欄

総支給額	直接支払制度による 支給額	今回請求額
<input type="checkbox"/> 408,000円 (420,000円) 出産日: 令和4年1月1日~令和5年3月31日	— ( ) =	( )
<input type="checkbox"/> 488,000円 出産日: 令和5年4月1日~	— ( ) =	( )
<input type="checkbox"/> 500,000円 産科医療保障制度対象分娩	— ( ) =	( )

受付チェック欄	<input type="checkbox"/> 資格(有・無) ※未納の場合 <input type="checkbox"/> 税(完納・未納) <input type="checkbox"/> 出産者(出産6ヶ月前社保本人) <input type="checkbox"/> 収納課連絡(納付書発行依頼 有・無)	受付者
備考		

### 【添付書類】

- 医療機関等から交付される出産費用の領収・明細書の写し
- 医療機関等から交付された直接支払制度利用同意書

受付印