

# 宗像市国民健康保険出産育児一時金支給申請書

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<br>(世帯主)                         | 住所                             | 宗像市             |       |                           |    |      |   |   |   |
|                                      | フリガナ                           |                 |       |                           |    |      |   |   |   |
|                                      | 氏名                             | 電話番号            |       |                           |    |      |   |   |   |
| 出産者氏名                                | 生年月日                           |                 |       |                           |    | 妊娠週数 | 満 | 週 | 日 |
| 出産年月日                                | 令和                             | 年               | 月     | 日                         | 人数 | 人    |   |   |   |
| 振込先                                  | 銀行<br>信用金庫<br>信用組合<br>農協<br>漁協 | 本店<br>支店<br>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   |                                |                 |       |                           |    |      |   |   |   |
| 令和                                   | 年                              | 月               | 日     | 申請者<br>(世帯主)              | 印  |      |   |   |   |
| 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 ( )                  |    |      |   |   |   |

【注意】出産日: 令和5年3月31日までは 408,000円

(ただし、産科医療補償再度の対象分娩の場合は420,000円)

## 出産育児一時金 488,000円

(ただし、産科医療補償制度の対象分娩の場合は500,000円)※

※分娩した医療機関発行の領収・明細書に【産科医療補償制度の対象分娩を証明する印】が必要です。

### 市記入欄

|     |      |   |   |       |   |   |
|-----|------|---|---|-------|---|---|
| 支給額 | 一時金: | 円 | × | 出産人数: | 人 | 円 |
|-----|------|---|---|-------|---|---|

|         |  |                                   |  |   |     |
|---------|--|-----------------------------------|--|---|-----|
| 受付チェック欄 | <input type="checkbox"/> 資格(有・無)<br>※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合意文書の写し(直接支払制度を利用しない旨が記載されたもの)
- 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

【海外出産の場合】 ※各書類には邦訳の添付が必要です

- 出生証明書
- 出産費用の領収・明細書
- 出産をした被保険者のパスポート(出産日前後の出国・入国印のあるもの)

受付印