

国民健康保険出産育児一時金支給申請書

金額(※)	円
-------	---

※ 出産育児一時金の医療機関等への直接支払制度を利用し、医療機関等の代理受取額が出産育児一時金の額に満たなかったために生じた差額

出産者	被保険者記号・番号	29・		
	個人番号			
	氏名	(世帯主からみた続柄)		
	出産又は死産の別	1. 生産	2. 死産	
	出産年月日	年	月	日
出産育児一時金支給額①				
出産費用請求額②				
医療機関等への支給額③				
差額支給額(①-③)				

上記の金額の支給を申請します。

糸島市長 様

	申請日	
--	-----	--

申請者 (世帯主)	住所					
	個人番号					
	氏名					
	電話	-	-			

振込先口座を指定する(振込先の記入をお願いします。)

振込先 (世帯主口座)	金融機関		銀行・農協・信金 信組・信漁連	本店(所) 支店(所)	
	種別	普通 ・ 当座	口座番号		
	フリガナ	世帯主との続柄			
	口座名義人	本人・その他()			

※世帯主以外の方の口座を指定する場合は、委任状が必要です。委任状を添付して申請してください。

公金受取口座を利用する
(振込先の記入不要。世帯主口座のみ利用可。マイナポータル等で事前登録が必要です。)

※申請書を記入した人が、世帯主以外の場合は記入してください。

記入者 氏名	世帯主との続柄 ()	電話 ()
--------	-------------	--------

受付者	資格	添付書類	他法給付	滞納	本人確認(記入者含む)
	<input type="checkbox"/> 有 (~) <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 直接支払制度合意文書 <input type="checkbox"/> 領収書・明細書 <input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	番カ・免・パ・住カ・在 カ・その他() 番号: 委任状 <input type="checkbox"/> 不要 <input type="checkbox"/> 要(※)

※委任状：世帯主と振込先口座名義人が異なる場合必要。