

記入例

国民健康保険出産育児一時金支給申請書

令和5年4月1日

(あて先)調布市長
下記のとおり申請します。

〒 182 - 8511

住所 調布市小島町2-35-1

請求者
(世帯主) 氏名 調布 太郎

連絡先 TEL 042 [481] 7052

保険証に記載されている
記号・番号をご記入ください。

申請額	円	被保険者証 記号・番号	31-88・8888
額		直接支払制度利用額	
=		=	
額		申請額	
生まれた かたの氏名	調布 次郎	続柄	子
		生年月日	令和5年 3月 1日
出産された かたの氏名	調布 花子	生年月日	平成3年 1月 2日
		資格開始日	令和2年 5月 1日

死産・流産の場合は、
記載不要です。

保険証に記載されている適用開始
年月日をご記入ください。
(不明な場合は空欄可)

口座振込依頼書												
振込先 金融機関	金融機関 コード	7	7	7	7	支店コード	8	8	8	種別		
	金融機関名	調布銀行			支店名	調布支店			種別	1 普通 2 当座		
(カタカナ) 口座名義	世帯主の口座を ご記入ください。					口座番号						
	チョウブ タロウ					1	2	3	4	5	6	7
	調布 太郎											

※請求者名義の口座をご指定下さい。(請求者以外の口座へは送金できません。)

個人番号 (マイナンバー)

請求者 (世帯主)	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9
出産されたかた	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8

マイナンバーをご記入下
さい。
(不明な場合は空欄可)

市確認欄	受付印
出産者の出産日6ヶ月前の保険	
<input type="checkbox"/> 国保 (調布市・他区市町村) <input type="checkbox"/> 無保険	
<input type="checkbox"/> 社扶 <input type="checkbox"/> 社本 (1年未満・1年以上 ⇒ 前社保 () 確認)	
滞納 <input type="checkbox"/> なし・ <input type="checkbox"/> あり ⇒ 税担当 () 確認	受付者