

# 国民健康保険出産育児一時金支給申請書

年 月 日

(あて先)調布市長  
下記のとおり申請します。

〒            -

住 所 \_\_\_\_\_

請求者  
(世帯主) 氏 名 \_\_\_\_\_

連絡先 TEL                    [            ]

申 請 額	円	被保険者証 記号・番号	3 1 -            .
-------	---	----------------	--------------------

( 請 求 金 額 - 直接支払制度利用額 = 申 請 額 )

生まれた かたの氏名		続 柄		生年 月日		年	月	日
出産された かたの氏名				生年 月 日		年	月	日
				資格開始日		年	月	日

## 口座振込依頼書

振 込 先 金 融 機 関	金融機関 コード		支店コード		預 金 種 別	1 普通 2 当座
	金融機関名		支 店 名			
(カタカナ) 口座名義					口 座 番 号	

※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)	
出産されたかた	

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 )	受付者
滞納 <input type="checkbox"/> なし ・ <input type="checkbox"/> あり ⇒ 税担当 (            ) 確認	