

出産育児一時金支給申請書

被保険者記号番号	4 8 - .	資格取得日	昭和 平成 令和	年	月	日
出産者氏名		出産者生年月日	昭和 平成	年	月	日
出産年月日	令和	年	月	日	在胎週数	<input type="checkbox"/> 満12週以上 <input type="checkbox"/> 満12週未満

出産育児一時金の受取に関し上記のとおり申請いたします。

令和 年 月 日

世帯主 住所

氏名

電話

稲城市長 あて

振込先	銀行 信用金庫 農協						支店
	フリガナ	普通 当座	口座番号				
	口座名義人						

職員記入欄

確認事項	出産6か月前加入健康保険 <input type="checkbox"/> 稲城市国保 <input type="checkbox"/> 本人社保 <input type="checkbox"/> その他（ ）				
	<input type="checkbox"/> 差額支給		<input type="checkbox"/> 領収書等の写し <input type="checkbox"/> 直接支払制度利用の文書の写し		
	<input type="checkbox"/> 直接支払制度未利用		<input type="checkbox"/> 出産の事実を証明する書類（領収書等）の写し <input type="checkbox"/> 直接支払制度未利用の文書の写し		
	<input type="checkbox"/> その他出産		<input type="checkbox"/> 出生証明書 <input type="checkbox"/> 出生証明書の日本語訳 <input type="checkbox"/> 母子手帳の写し		
システムで確認 <input type="checkbox"/> 資格 <input type="checkbox"/> 納税		<input type="checkbox"/> 海外に渡航していたことがわかるもの （パスポート・旅券・その他） <input type="checkbox"/> 海外療養費調査同意書 <input type="checkbox"/> 死産証明書			收受印
決定日	課長	係長	給付	受付	
年 月 日					