

受 付 印	受付者

出産育児一時金支給申請（請求）書

支給金額	円
------	---

出産した被保険者	記 号 ・ 番 号	34 - .
	住 所	
	フ リ ガ ナ	
	氏 名	
	個 人 番 号	
出産（死産）の日		年 月 日

上記のとおり申請します。支給が決定されたときは、この申請書をもって請求書とし、下記の口座に振り込むことを依頼します。

小平市長 殿 年 月 日

住 所 \_\_\_\_\_

申 請 人 (世帯主) 氏 名 \_\_\_\_\_ ④

個人番号 \_\_\_\_\_

電話番号 ( ) - \_\_\_\_\_

口座振込依頼欄	金融機関名	銀行 信用金庫 信用組合 協同組合	本店 支店 出張所	金融機関コード	店舗コード	
	預金種目	1 普通 2 当座 3 その他 ( )	口座番号（右詰で記入してください）			
	フリガナ					
	口座名義人					

※ 申請人の口座を記入してください。申請人以外の名義の口座に振込みを希望する場合は、次の委任状にも記入してください。

委 任 状

私は次の者を代理人と定め、出産育児一時金の受領に関する権限を委任します。

年 月 日

委任者 住 所 \_\_\_\_\_  
(申請人) 氏 名 \_\_\_\_\_ ④  
住 所 \_\_\_\_\_

受任者 氏 名 \_\_\_\_\_

事務処理欄

母の資格取得年月日	年 月 日
申請内容	<input type="checkbox"/> 1 直接支払差額請求 <input type="checkbox"/> 4 海外出産 <input type="checkbox"/> 2 直接支払未利用 (国内出産) <input type="checkbox"/> 5 その他 (                      ) <input type="checkbox"/> 3 直接支払未利用 (入院助産)
添付書類	<input type="checkbox"/> 医療機関発行の領収書 (1 の場合) <input type="checkbox"/> 直接支払未利用であることが確認できる書類 (2 の場合) <input type="checkbox"/> 助産施設入所承諾書、助産施設入所費徴収金決定通知書等 (3 の場合) <input type="checkbox"/> 母のパスポート (4 の場合) <input type="checkbox"/> 海外の医療機関等に対して照会を行うことの同意書 (4 の場合) <input type="checkbox"/> 出生証明書 (子の住民登録がない場合)
出産前6か月の 母の保険の状況	<input type="checkbox"/> 国保 <input type="checkbox"/> 社保扶養 <input type="checkbox"/> 無保険 <input type="checkbox"/> 日雇 <input type="checkbox"/> 社保本人 (1年未満) <input type="checkbox"/> 社保本人 (1年以上)
国民健康保険税	<input type="checkbox"/> 完納 <input type="checkbox"/> 未納 (納税相談済) <input type="checkbox"/> 未納 (納税相談未)