

様式第1号（第3条関係）

京丹後市国民健康保険出産育児一時金請求書（事前申請用）

世帯主記入欄	被保険者証 記号・番号	丹 一	出産を予定する 被保険者	氏 名			世帯主 との 続 柄
				生年月日	昭・平	年 月 日	
	出産予定日	平成 年 月 日	この出産に対して他 法から給付を受ける ことの有無	有・無	出 産 予 定 医 療 機 関 等		
出産費用が39万円 又は42万円以下の 場合の残額の世帯 主振込先	支払指定金融機関		預金種別	口座番号	口座名義	フリガナ	
	支店		普通・当座				

上記のとおり申請します。

平成 年 月 日

世帯主氏名

㊞

（世帯主以外に振込む場合の委任欄）

上記の出産育児一時金の受領を

に委任します。

平成 年 月 日

世帯主氏名

㊞

医療機関等記入欄	甲（ ）は、医療機関等である乙（ ）を代理人と定め、次の権限を委任します。 甲が請求する出産育児一時金のうち、乙が甲に対して出産に関し請求する費用の額（上限39万円又は42万円）の受領に関すること。 平成 年 月 日 円 甲(世帯主)の住所 京丹後市 氏名 ㊞ 電話番号 ( - ) 〒 乙(医療機関等)の所在地 名称 ㊞ 京丹後市長 様 電話番号 ( - )					
	医療機関等証明欄		出産予定年月日	平成 年 月 日		
	支払指定金融機関		預金種別	口座番号	口座名義	フリガナ
	支店		普通・当座			

\*以下は記入しないでください。

事務処理欄	国保資格取得日	・	承認通知日 (世帯主)	年 月 日	承認通知日 (取扱医療機関)	年 月 日
	医療機関等からの請求額	円	医療機関等への支給額	円	支給年月日	年 月 日
	被保険者世帯主への差額支給額	円	支給年月日	年 月 日	出産の 確認書類	
	出産年月日	・	出生児氏名 生年月日	・	確認者㊞	処理 済・未済