

出産育児一時金支給申請(請求)書

被保険者記号番号	青国		※太い枠線の部分をご記入ください。	
世帯主氏名				
分娩者氏名			世帯主との 続柄	
分娩年月日	年 月 日	分娩者の 個人番号		
分娩の種類	☐ 正常 ・ ☐ 異常 ・ ☐ 死産（第 週）			
新生児	単胎 ・ 多胎（ 人）	世帯主との続柄		
確認事項	☐ 出 生 届 ☐ 母子健康手帳 ☐ 住 民 票	☐ 戸 籍 ☐ そ の 他 （ ） ☐ 分娩者取得日 （ . . ）		
支払区分	☐ ☐ 座 振 替 ☐ 窓 ☐			

出産育児一時金支給申請・請求金額	¥						
------------------	---	--	--	--	--	--	--

上記のとおり出産育児一時金の支給申請及び請求をします。

年 月 日

申請(請求)人(世帯主)

個人番号

住所

氏 名

※本人が手書き(自署)しない場合は、記名押印してください。

電話 ()

青森市長

様

振込先金融機関名	銀行	支店
口座番号	普通 ・ 当座	
口座名義人(世帯主)	フリガナ 氏名	

処 理 欄	産科医療補償制度	妊娠週数	支給額	該当	医療機関支払額	差額支給額	受付日	担当者
	加入している (掛金:12,000円)	22週以降	500,000円	☐				支払日
		12週以降22週未満	488,000円	☐				
	加入していない	12週以降	488,000円	☐				