

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			☐ 戸 籍																																					
	☐ 母子健康手帳			☐ そ の 他 ()																																					
	☐ 住 民 票			☐ 分娩者取得日 (. .)																																					
支払区分	☐ 口座振替 ☐ 窓 口																																								
出産育児一時金支給申請・請求金額 ¥ <table><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table> 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) <table><tr><td>個人番号</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table> 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																												個人番号													
個人番号																																									
振込先金融機関名	銀行名						支店名																																		
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	☐				