|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 国民健康保険出産育児一時金支給申請  一金　　　　　　　　　　　　円也  上記金額を請求します。  ただし下記内訳のとおり  令和　　　年　　　月　　　日  　　　　　　　　　　　　　　　つがる市長　様  申請者　住 所  氏 名  個人番号  電話番号　（　　　　　　）　　　　　　－ | | | | | | | | | | | | | | | |
| 振 込 先 | | | □ | 公金受取口座を利用します。　（利用する場合は口座情報の記入不要）  　 公金受取口座を登録していない方は、マイナポータルから簡単に登録いただけます。  通帳等の写しの提出も不要になります。  　※ただし、代理受領を希望する場合は利用できません。 | | | | | | | | | | | |
| 金融機関 |  | | (ﾌﾘｶﾞﾅ)  口座名義人 | |  | | | | | | | |
|  | |  | | | | | | | |
| 口座種別 | 普通・当座・その他（　　　　　　　　） | | 口座番号 | |  |  |  |  |  | |  |  |
| 被保険者  記号番号 | | | つがる | | | 世帯主氏名 | |  | | | | | | | |
| 出産した被  保険者氏名 | | |  | | | 世　帯　主  との続柄 | |  | | | | | | | |
|  | | |
| 出年 | 産月 | の日 |  | | 支払種別 | | 支　給 | | | | | | | | |
| 出産の種類 | | | 正常・早産( ヶ月)　・　流産(　　　ヶ月)　・　死産(　　　ヶ月) | | | | | | | | | | | | |
| 市確認欄 | | | 出産者の出産日６ヶ月前の保険 | | | | | | | | | | | | |
| □ 国保（つがる市・他区市町村）  □ 社扶  □ 社本（１年未満・１年以上 ⇒ 前社保 （　　　 　 ）確認） | | | | | | | 確認印 | | | | | |
| 確認者 | | |  | | |
| 備　　　　考 | | |  | | | | | | | | | | | | |