



# 国民健康保険 出産育児一時金支給申請書

R3. 4. 1

(提出先)  
平塚市長

平塚市国民健康保険条例第5条の規定による出産育児一時金の支給を受けたいので、次のとおり申請します。

- 直接支払制度利用による差額の申請       直接支払制度は利用せず、全額申請
- 受領委任払制度利用による申請

申 請 額						円
-------	--	--	--	--	--	---

申請年月日	令和	年	月	日	<b>太枠の中を記入してください。</b>
-------	----	---	---	---	-----------------------

<b>支給区分</b> <input type="checkbox"/> 分べん者は出産日の6か月以前から平塚市国民健康保険の被保険者である。 <input type="checkbox"/> 分べん者は他の被用者保険(分べん者が本人または扶養家族で加入)から出産育児一時金の給付を受けない。 <input type="checkbox"/> 分べん者は国保加入前は他の被用者保険に加入していた(無保険ではなかった)。
--

<b>確認事項</b> ・分べん日より以前に国民健康保険を脱退する可能性 ( 有り・無し ) → 有りの場合、脱退により分べん日に他の保険に加入された際は、不当利得として本人に請求します。 ・分べんされた医療機関は産科医療補償制度に加入 ( している・していない )
--

被保険者証の番号	0 4 -	(枝番)
分べん年月日		世帯主との続柄
分べん者氏名		

申請者 (世帯主)	住 所	〒 -
	(フリガナ)	平塚市
	氏 名	-----
	電 話	( )

登録済口座(保険税振替口座)に振込を依頼します

振 込 先 金 融 機 関	
銀 行 信用金庫 信用組合 農業協同組合	本 店 支 店 出張所

口座種別	口座番号 (右詰め)	口座名義人	世帯主との続柄
<input type="checkbox"/> 普通預金		(フリガナ)	
<input type="checkbox"/> 当座預金		(氏名)	
<input type="checkbox"/> 貯蓄預金			

口座確認 済 未

<b>※事務処理欄</b>									
申 請 区 分	<input type="checkbox"/> 一時金の差額 <input type="checkbox"/> 一時金全額	出産育児一時金支給 決定額 (A)	円						
	<input type="checkbox"/> 12週～22週 <input type="checkbox"/> 海外出産	医療機関等直接支払 額 (B)	円						
	<input type="checkbox"/> 受領委任払 <input type="checkbox"/> その他	支給額 (A-B)	円						
決 定 区 分	<input type="checkbox"/> 上記申請により支給を決定する。 <input type="checkbox"/> 次の理由により支給をしない。 <input type="checkbox"/> 分べん日に平塚市国民健康保険被保険者資格がない。 <input type="checkbox"/> _____		<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 33%;">受付</td> <td style="width: 33%;">入力</td> <td style="width: 33%;">審査</td> </tr> <tr> <td colspan="3" style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> 郵 送</td> </tr> </table>	受付	入力	審査	<input type="checkbox"/> 郵 送		
	受付	入力	審査						
<input type="checkbox"/> 郵 送									

# 国民健康保険 出産育児一時金支給申請書

## 記入例

R3. 4. 1

収受印

(提出先)  
平塚市長

平塚市国民健康保険条例等に基づき、出産育児一時金の支給を受けたいので、次のとおり申請  
分べん者本人は1年以上継続して勤務していた会社を退職後、6か月以内に出産した方は以前加入していた健康保険も選択できます。金額については以前健康保険に問い合わせください。  
また、平塚市の国民健康保険から出産育児一時金を受け取る場合、他の被用者保険から出産育児一時金を受け取ることはできません。

										円
--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	---

申請	令和 3 年 4 月 1 日		太枠の中を記入してください。	
支給区分	<input checked="" type="checkbox"/> 分べん者は出産日の6か月以前から平塚市国民健康保険の被保険者である。 <input checked="" type="checkbox"/> 分べん者は他の被用者保険(分べん者が本人または扶養家族で加入)から出産育児一時金の給付を受けない。 <input checked="" type="checkbox"/> 分べん者は国保加入前は他の被用者保険に加入していた(無保険ではな			
確認事項	分べんされた医療機関にご確認ください。また、分べんの際の領収書に産科医療補償制度加入機関の印が押してある場合は、加入している医療機関となります。 ・分べん日より以前に国民健康保険を脱退する可能性 (有り・無し) → 有りの場合、脱退により分べん日に他の保険に加入された際は、不当利得 ・分べんされた医療機関は産科医療補償制度に加入 (している・していない)			
被保険者証の番号	04 - 1234567		(枝番) 02	
分べん年月日	平成・令和 3 年 1 月 1 日		世帯主との続柄	
分べん者氏名	平塚 平美		妻	
申請者(世帯主)	住所	〒 254 - 8686 平塚市 浅間町9-1		
	(フリガナ)	ヒラツカ ヒラオ		
	氏名	平塚 平夫		
	電話	0463(23)1111		
<input type="checkbox"/> 登録口座(保険税振替口座)に振込を依頼		世帯主の住所、氏名、電話番号を記入してください。		
振込先金融機関				
<input checked="" type="checkbox"/> 銀行 <input type="checkbox"/> 信用金庫 <input type="checkbox"/> 信用組合 <input type="checkbox"/> 農業協同組合		本店 <input checked="" type="checkbox"/> 支店 出張所		
口座種別	口座番号(右詰め)		口座名義人	世帯主との続柄
<input checked="" type="checkbox"/> 普通預金 <input type="checkbox"/> 当座預金 <input type="checkbox"/> 貯蓄預金	1 2 3 4 5 6 7		(フリガナ) ヒラツカ ヒラオ (氏名) 平塚 平男	本人

### 添付書類

- 医療機関から交付される直接支払制度合意文書
- 出産費用の領収・明細書

### 死産・流産の場合

- 妊娠12週以上の場合は週数の確認できるもの

### 海外出産の場合

- 出生証明書(翻訳文を添付)又は戸籍謄(抄)本
- 出産費用の領収書・明細書(翻訳を添付)

お振込先金融機関名、支店名、口座種別、口座番号(右詰め)、口座名義人(カタカナ)、世帯主との続柄を記入ください。