

国民健康保険 出産育児一時金支給申請書

神戸市 区長宛

被保険者証番号						

出産に関する事項	出産した被保険者の氏名	(世帯主との関係：)
	出産年月日	令和 年 月 日
	生まれた子の氏名	(世帯主との関係：)
	出産の種類	正常 ・ 死産・流産等 (第 週)

医師 または 助産師の 証明欄	上記出産の事実(妊娠 週 日)を証明します。 令和 年 月 日
	住所 _____
	氏名 _____

申請者 (世帯主)	上記のとおり神戸市国民健康保険条例により出産育児一時金の支給を申請します。 令和 年 月 日
	住所 〒 _____ 神戸市 _____ 区
	氏名 _____ 電話番号 (_____) _____

上記の者の出産育児一時金について、他の健康保険に申請していません。	該当チェック欄 <input type="checkbox"/>
他の健康保険に1年以上加入しており、脱退日から6ヶ月以内の出産の場合、当該保険より出産育児一時金が支給される場合があります。	

口座振替依頼書	銀行名	支店名	預金種別	口座番号			
	(銀行・信用金庫・信用組合・農協)	(本店・支店)	普通・当座・貯蓄				
			口座名義人(カタカナ)				
	金融機関コード	支店コード					

※ゆうちょ銀行への振込みの場合は、通帳見開き下部の支店・口座番号を記入してください。

注意事項	・母子手帳または出生届(死産届)を提出してください。提出できない場合は「医師又は助産師の証明」が必要です。
	・出生児一人につき申請書を1枚提出してください。
	・保険料を滞納している場合、支給できない可能性があります。保険料完納のうえ申請してください。

《神戸市処理欄》

給付記録	資格確認	社保確認	未納確認

支給決定額	円
不支給理由	

添付書類

- ・母子手帳、出生(死産)届、医師・助産師の証明のいずれか
- ・領収明細書
- ・直接支払合意文書

起案：令和 年 月 日	受付印
決裁：令和 年 月 日	
課長 係長 担当	