

国民健康保険出産育児一時金支給申請書

支給額 _____ 円

上記金額を支給されるよう申請します。

ただし下記内訳のとおり

年 月 日

世帯主住所 _____

氏 名 _____ 個人番号 _____

電話番号 _____

(提出先)
川越市長

受取口座	<input type="checkbox"/> 公金受取口座を利用する（利用する場合は口座情報の記入不要）。 ※ご自身で公金受取口座をマイナポータル上にて登録している方に限ります。 <input type="checkbox"/> 振込口座を指定する。				
振込先	金融機関	銀行 信用金庫 信用組合 協同組合	本店 支店	(フリガナ) 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			世帯主氏名		
出産した被保険者氏名			個人番号	世帯主との続柄	
出産の年月日	年 月 日		支払種別 (出生前の請求は、貸付けとなります。)		支給・貸付け
出産の週(日)数	週(日)				

世帯主以外の方が受領する場合は、下記の委任状を記入してください。

委任状

年 月 日

国民健康保険出産育児一時金の受領を下記の代理人に委任します。

世帯主氏名 _____

代理人住所 _____

代理人氏名 _____ 個人番号 _____

確認	1 住民異動届による 2 確認者氏名
----	-----------------------

受付印

保険税滞納

有・無

受付担当者

【申請書の提出場所】

国民健康保険課（郵送可）、各市民センター又は川越駅西口連絡所（平日のみ）