都留市国民健康保険出産育児一時金支給申請書

記 載 例

令和　　年　　月　　日

記入日を記載

都留市長　殿

申請者(世帯主)

住　　所　〒402－****

世帯主を記載

都留市上谷●丁目●番●号

氏　　名　都留　太郎

日中つながる電話番号を必ず記載ください

電話番号　0554　－　43　－　1111

＜ 必要なもの ＞
- 医療機関等からの領収書
- 分娩費用明細書
- 「出産育児一時金直接払制度」にかかる合意文書
- (死産・流産の場合)医師の証明書

記号番号	402－ 0123456		
分娩年月日	●● 年　● 月　● 日		
分娩者氏名 (お母さんの名前)	都留　花子	世帯主との続柄	妻

出産費用が 50 万円未満の場合に、差額を支給します

口 座 振 替 支 払

支払金額の内容	出産育児一時金　　円	
振込先金融機関	●● 銀行(○)　信用金庫　信用組合　農業協同組合　●●支　店	
口 座 番 号	普通(○)・当座	No. 0123456
預金口座名義	住　所	〒 402-5801 都留市上谷一丁目 1 番 1 号
	フリガナ	ツル　タロウ
	氏　名	都留　太郎

※申請者の口座以外を指定する場合にご記入ください。

上記欄については、口座名義が申請者以外の場合に、申請書の署名が必要となります。

申請した出産育児一時金の受領を上記口座名義人に委任します。

署 名

＜ 申請が可能な方（両方あてはまる方） ＞
- 都留市国保加入者が出産したとき　（社会保険加入の方は会社等にご相談ください）
- 出産費用が 50 万円未満の方　例）出産費用 45 万円の場合、5 万円支給（産科医療制度ありの場合）

＊ 書類不備があるの場合には、申請を受け付けられない場合があります。