

出産育児一時金支給申請書

被保険者証の記号番号	岡3	申請金額	円
出産(死産)した被保険者	氏名	世帯主との続柄	
出生者 <small>(死産または出生届未届の場合記入不要)</small>	氏名	出産(死産) 年月日	年月日
出産の種類	生産 (在胎22週以上)	死産 (在胎週数 満 週 日)	
上記のとおり申請しますので、下記の口座に振り込み願います。			
年月日		世帯主 住所	
津山市長様		氏名 印	
連絡先 電話番号 () -			
振込先	銀行 金庫 農協	支店 支所 出張所	1 普通 2 当座
	口座番号	フリガナ 名義人	

証 明 欄				
出産(死産)した被保険者	住所	氏名		
出産の種類	生産 (在胎22週以上)	死産 (在胎週数 満 週 日)	出産(死産) 年月日	年月日
上記のとおり出産の事実を証明します。				
年月日		(医師又は助産師) 住所		
		氏名 印		

受 取 代 理 人 欄	
下記代理人に本請求に基づく給付金の受領を委任します。	
年月日	(世帯主) 住所
	氏名 印
(代理人) 住所	
氏名	印

太枠内を記入してください。津山市に出生届を提出してある場合には、医師又は助産師の証明は不要です。振込先が世帯主以外の場合は受領の委任が必要です。「受取代理人欄」に記入してください。
直接支払制度の利用に係る「合意文書」の写しと、出産費用の内訳がわかる「領収・明細書」の写しを添付してください。
 (注)いずれも出産した医療機関等で交付されるものです。

処 理 欄	国保加入期間	6ヶ月以上	6ヶ月未満	決 裁 欄	受付	係	係長	課長補佐	課長	
	前保険種別	国保	健保等扶養		健保等本人					
	加入期間	1年未満			1年以上					
	直接支払利用	有	無		産科医療補償加入	有	無			
	出産育児一時金額(A)				個人番号					
	支給決定額(A)-(B)				支給決定 可 否					
直接支払による支給額(B)				決裁日 年 月 日						
支給決定額(A)-(B)										

記入例

出産育児


(申請金額について)


直接支払制度利用時の差額申請の場合



差額を記入してください(出産育児一時金額 - 出産費用総額)

直接支払制度を利用しない場合

出産育児一時金の全額を記入してください

被保険者証の記号番号	岡3	申請金額	円
出産(死産)した被保険者	氏名 津山 花子	世帯主との続柄 子の妻	
出生者 (死産または出生届未届の場合記入不要)	氏名 津山 一郎	出産(死産) 年月日	H 年 月 日
出産の種類	<input checked="" type="checkbox"/> 生産 (<input checked="" type="checkbox"/> 在胎22週以上)	死産 (在胎週数 満 週 日)	
上記のとおり申請しますので、下記の口座に振り込み願います。			
H 年 月 日		世帯主 住所	津山市山北520
津山市長 様		氏名	津山 太郎 
出産育児一時金の支給手続きに関するお問い合わせが可能な方の電話番号をご記入下さい。		連絡先 電話番号 (0868)	- 携帯可
振込先	銀行 津山 津山	支店 津山 出張所	① 普通当座
	金庫 津山 農協	支所 津山 出張所	②
フリガナ	ツヤマ タロウ		
名義人	津山 太郎		
口座番号	原則、世帯主名義の口座		

証 明 欄				
出産(死産)した被保険者	住所	氏名		
出産の種類	生産 (在胎22週以上)	死産 (在胎週数 満 週 日)	出産(死産) 年月日	年 月 日
上記のとおり出産の事実を証明します。				
年 月 日		(医師又は助産師) 住所		
氏名				

受 取 代 理 人 欄	
下記代理人に本請求に基づく給付金の受領を委任します。	
年 月 日	(世帯主) 住所
氏名 	
(代理人) 住所	
氏名	

世帯主の口座以外に振り込む時は、必ずご記入ください。
(別々の印を押してください)

太枠内を記入してください。津山市に出生届を提出してある場合には、医師又は助産師の証明は不要です。振込先が世帯主以外の場合は受領の委任が必要です。「受取代理人欄」に記入してください。
直接支払制度の利用に係る「合意文書」の写しと、出産費用の内訳がわかる「領収・明細書」の写しを添付してください。
(注)いずれも出産した医療機関等で交付されるものです。

処 理 欄	国保加入期間	6ヶ月以上	6ヶ月未満	決 裁 欄	受付	係	係長	課長補佐	課長		
	前保険種別	国保	健保等扶養		健保等本人						
	加入期間	1年未満			1年以上						
	直接支払利用	有	無		産科医療補償加入	有	無				
	出産育児一時金額(A)				円	個人番号				支給決定 可 否	
	直接支払による支給額(B)				円	決裁日 年 月 日					
支給決定額(A)-(B)				円							

添付書類について

平成21年10月1日以降の出産の場合は、下記の書類を添えて申請してください。

- ・直接支払制度の利用に係る「合意文書」の写し
- ・出産費用等の内訳がわかる「領収・明細書」の写し

いずれも出産した医療機関等で発行していただく書類です。