

出産育児一時金支給申請書

被保険者証記号番号														
世帯主名														
世帯主個人番号														
出産の状況	出産した被保険者	氏名												
		個人番号												
		生年月日	年			月			日					
	出産年月日		年			月			日					
	妊娠期間		妊娠			週			日					
支給申請額		直接支払制度利用なし	<input type="checkbox"/>	488,000			円		(産科医療補償制度利用なし)					
			<input type="checkbox"/>	500,000			円		(産科医療補償制度利用あり)					
		差額支給	<input type="checkbox"/>	円										
支給先口座情報	<input type="checkbox"/> マイナンバーカードにて登録した世帯主の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) 公金受取口座を登録していない方は、マイナポータルから簡単に登録いただけます。 通帳等の写しの提出が不要になります。													
	<input type="checkbox"/> 振込口座を指定する (下欄に記入)													
	金融機関名		銀行・農協 信用金庫・信用組合											
	支店名		支店 支所											
	口座番号												(普通・当座)	
	口座名義人	フリガナ												
氏名														

上記のとおり申請します。

(宛先) 南アルプス市長

年 月 日
申請者 住所
(世帯主)

氏名

印

電話番号