

※ 太線の枠内へご記入ください。

国民健康保険 出産育児一時金 支給申請書兼請求書

伊丹市長 様

次のとおり出産育児一時金の支給を申請します。

一金 500,000円 ・ 488,000円 ・ 差額 円

申請者（世帯主）			
保険証番号		申請日	年 月 日
氏名			
住所	〒 - (TEL) - -		

出産した被保険者			
出産した被保険者の氏名		世帯主との続柄	
出産の種類	正常 ・ 早産（ ヶ月） 流産（ ヶ月） ・ 死産（ ヶ月）	出産年月日	年 月 日

振込先			
金融機関名		支店名	
口座種別	普通 ・ 当座 その他（ ）	口座番号	
口座名義人（カタカナ）			
公金受取口座	☐ 利用します。 (注)公金受取口座は、世帯主のみ利用可能です。 利用を希望する場合のみ、 ☐ にチェックを記入してください。		

※ 振込先の口座名義人が世帯主と異なる場合は、以下の委任欄へ記入が必要です。

委任欄			
私は、伊丹市より支払われる出産育児一時金の受領に関する一切の権限を受任者に委任します。			
委任者 (世帯主)	住所		
	氏名	生年月日	

受任者 (口座名義人)	住所		
	氏名	生年月日	
	電話番号	続柄	

<処理欄>

添付書類 ☐ 出産費用の領収書(専用請求書と相違のないもの)
☐ 直接支払制度利用申出書(勸奨通知未持参の場合)

支給予定日	入力日	担当者	受付者