

出産育児一時金支給申請書

金額	
----	--

次のとおり、申請します。

年 月 日

鹿児島市長 殿

申請者 住所 鹿児島市  
(世帯主)

丁目 番 号  
町 番地

出生児と  
の続柄

被保険者 記号・番号		氏 名 _____		資 格		得	年 月 日
分娩者 の氏名		個人番号 _____		喪			年 月 日
個人番号		出 産 数	単胎・多 ( 胎 )		以 内 の 分 娩 の 場 合	取 得 日 か ら 6 月	1 保険加入歴 有・無
分 娩 日	年 月 日	分娩者の 生年月日	年 月 日	歳			2 保険の区分
出産に立ち 会った医師 又は助産師	住所	分娩 の 状態	1 出産		1 以上 2 死産 ( 週 )		2 3 社保本人 1年以上 1年未満
	氏名						

受領については、下記のとおり振込を依頼します。

公金受取口座を利用します (マイナポータル等から登録した口座を利用される方)

※公金受取口座への振込を希望し、上記にチェックを入れた場合は、以下の金融機関情報についての記載は必要ありませんが、記載があった場合には以下の金融機関情報への振込を優先します。

振 込 先 金 融 機 関	銀行・信用金庫 農協・信用組合		支店 支所 出張所	種 別	1. 普通 2. 当座	
	店番	口座番号				
	フリガナ					
	口座名義					

※受取人が世帯主と異なる場合(代理人の公金受取口座又は世帯主名義以外の口座に振込を希望する場合は、必ずご記入ください。

【委任状】上記の申請額の受領については、下記の者に委任します。

年 月 日

甲 (委任者) 世帯主  
の氏名

印

乙 (受任者) 住 所  
氏 名

注 個人番号 生年月日 年 月 日

- 国民健康保険以外の医療保険から出産育児一時金に相当する給付を受ける資格のある方については支給されません。
- 死産(13週以降)の場合は、死胎埋火葬許可証等を添えて申請してください。

受 付	母子健康 手帳照合	産科医療 補償照合	給付記録 検 索	保 險 税 照 合		
				新 規	完 納	未 納