

出産育児一時金支給申請書

令和 年 月 日

(宛先) 金沢市長

住所 金沢市
申請者 (世帯主) 氏名

個人番号

出産育児一時金の支給を受けたいので、次のとおり申請します。

公金受取口座を利用します（利用する場合は口座情報の記入不要）

振込口座を指定します

金融機関名		支店名	
銀行・信用金庫・農協		本店・支店・出張所	
預金種別	口座番号	口座名義人(カナ)	
普通			

被保険者	記号		番号	
分娩日時	令和	年	月	日 午 前後 時 分
出産した者	氏名		個人番号	
出産に係る医療機関等	所在地 名称			
出産に立ち会った医師又は助産師の氏名				

処 理 欄	確認	番号	個人 通知 住民 端末	代理	法定 委任 本人	担当印	
		本人	個人 免許 旅券 手帳 在留 () / 保険 介護 年金 ()				
	出産者の資格取得日	年 月 日	出産 事 実 確 認	産科医療補償制度	直接支払制度		
			母子健康手帳・出産証明書・他	対象・対象外	対象・対象外		
	出産6か月前の健康保険		医療機関受取額	世帯主受取額			
		国保・社保扶養・社保本人1年未満・社保不支給	, 円	, 円			
		備 考				医療費担当確認	