

支給年度	令和	年度
決裁年月日	令和	年 月 日
決定額		円

## 柏市国民健康保険出産育児一時金支給申請書

被保険者の 記号番号	記号	番号	母親の国民健康保険資格取得日	昭和 平成 令和	年 月 日
	柏				
出生児	出生年月日	令和 年 月 日	母親 出産した方	フリガナ	世帯主との続柄 1 妻 2 本人 3 その他 ( )
	出生児数	1人 2人 その他( )人		氏名	
	妊娠週目		生年月日	昭和 平成 令和 年 月 日	
病院・産院等で出産したときはその名称と所在地	病院等の名称	病院等の所在地	個人番号		
上記のとおり柏市国民健康保険条例による出産育児一時金を申請します。 令和 年 月 日 世帯主 住所 柏市 氏名 電話番号 ( ) 個人番号 柏市長 あて					
受取口座 (いずれかを選択)	<input type="checkbox"/> マイナポータルで登録した公金受取口座を利用する(個人番号を記入してください) <input type="checkbox"/> 振込口座を指定する(口座情報を記入してください)				
口座情報	金融機関	銀行 金庫 農協 信組	本店 支店 支店 番号	滞納 納付相談	無・有 無・有
	預金種目 口座番号	普通 当座 貯蓄		(収納担当)	
	口座名義人	フリガナ		受付日付印	

【添付書類】①出産費用の領収明細書などの写し

②医療機関等から交付される直接支払制度に関する合意文書の写し

③(死産・流産の場合のみ)医師の証明書

※海外で出産した場合は、添付書類が異なりますのでお問い合わせください。(柏市のホームページでもご確認いただけます。)

# 委任状

令和 年 月 日

柏市長 へ

住所 柏市

氏名

印

下記の者を代理人と定め国民健康保険出産育児一時金の受領に関する一切の権限を委任します。

代理人（世帯主との続柄— ）

住所 .....

氏名 .....

生年月日 T・S・H・R 年 月 日

電話番号 ( )