

**次のことにお答えください。**

産婦本人が社会保険に1年以上継続加入し、資格喪失後6カ月以内に出産しましたか？

はい⇒以前、加入していた社会保険（健康保険又は共済組合）へ申請してください。

いいえ⇒下記の申請日からご記入ください。

## 9-08 国民健康保険 出産育児一時金支給申請書

受付印

令和 年 月 日

四日市市長

(〒 - )

住 所 四日市市

世帯主

氏 名

TEL -

下記のとおり出産育児一時金 円の支給を申請します。

※ 令和5年4月1日以降に産科医療補償制度加入の医療機関等で分娩した場合は50万円、産科医療補償制度未加入の医療機関等で分娩した場合は48.8万円

※ 令和4年1月1日以降に産科医療補償制度加入の医療機関等で分娩した場合は42万円、産科医療補償制度未加入の医療機関等で分娩した場合は40.8万円

|              |          |  |  |  |  |             |                |
|--------------|----------|--|--|--|--|-------------|----------------|
| 被保険者<br>記号番号 |          |  |  |  |  | 世帯主氏名       |                |
| 産婦の氏名        |          |  |  |  |  | 産婦の<br>生年月日 | 昭和・平成 年 月 日    |
| 分娩医療機関       |          |  |  |  |  | 所在地         |                |
| 分娩年月日        | 令和 年 月 日 |  |  |  |  | 出生児氏名       |                |
| 振込<br>口座     | 金融<br>機関 | 銀行・農協<br>信金・信組   |  |  |  | 本店<br>支店・支所 |                |
|              | 口座<br>番号 | <input type="checkbox"/> 普通<br><input type="checkbox"/> 当座 |  |  |  | 名義人<br>カタカナ | (カタカナでご記入ください) |

(直接支払制度利用者で差額支給有の方の必要添付書類/写し可)

○領収・明細書

(直接支払制度を利用していない方の必要添付書類/写し可)

○代理契約に関する合意文書（直接支払を利用していない旨及び申請先の保険者名が記載）

○領収・明細書