

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 記号番号						世帯主氏名	
産婦の氏名						産婦の 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 口座	金融 機関	銀行・農協 信金・信組					本店 支店・支所
	口座 番号	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座				名義人 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