黄色に塗りつぶされている箇所をご記入ください。

（表面）

検出産育児一時金支給申請書

○ 年 ○ 月 ○ 日

公金受取口座を利用する際は必ず個人番号をご記入ください。

世帯主名をご記入ください。

個人番号

世帯主 住 所 福島市五老内町３番１号

氏 名 福島 太郎

（電話番号 024 － 525 － 3327 ）

「上記以外」にチェックを入れてください。

支給申請金額	☐ 科医療補償制度に加入する医療機関等の医学的管理下において出産した場合	500，000 円
	☑ 上記以外の場合	488，000 円
	☐ 医療機関等への直接支払制度を利用し差額が生じた場合 ※詳細を裏面差額計算書に記載してください。	差額（ ）円

被保険者記号・番号	123456	分娩者の個人番号・氏名（生年月日）	福島 花子（ ○ 年 ○ 月 ○ 日）
○ 月 ○ 日		分娩の種類	正常・死産（ カ月）
出産児名	福島 一郎	世帯主と出産児との続柄	子
出産した医療機関等	サンフランシスコ州立病院		

６ケタの被保険者番号をご記入ください。

該当の振込方法にチェックを入れてください。

振込口座等

☐公金受取口座を利用する（利用する場合は口座情報の記入不要）
公金受取口座を登録していない方は、マイナポータルから簡単に登録いただけます。
通帳等の写しの提出も不要になります。
☑振込口座を指定する

金融機関名	信夫山 銀行・農協 信用金庫 五老内 本店 支店		
口座番号	1 2 3 4 5 6 7	口座の種類	普通
フリガナ	フクシマ タロウ		
口座名義人	福島 太郎		

世帯主の振込先口座を左詰めでご記入ください。

※世帯主以外の方の口座に振込を希望される場合は、次の受取委任の欄に記入してください。

本請求に基づく給付金の受領に関する権限を代理人に委任

年 月 日

世帯主 住 所
氏 名 ㊞

代理人 住 所
氏 名
個人番号

申請人以外の方に振込を希望される場合はこちらも記入、押印してください。

振込したい方の住所、氏名をご記入ください。