

課長	副課長	課長補佐	係長	係

出産育児一時金（ 全額 差額 ）支給申請書

被 保 険 者 記 号 番 号	2 8 0 6 2 8		支給額	円	
分娩した被 保険者の氏名			分 娩 年 月 日	年 月 日	
普 通 早 産 ・ 死 産	普通分娩・妊娠 月産 ・ 死 産(妊娠第 週)				
出生児氏名	(死産・流産・人工妊娠中絶の場合は、記入は不要です。)			世 帯 主 との続柄	
振 込 金 融 機 関	1. 但馬銀行 支店 2. 但馬信用金庫 支店 3. 鳥取信用金庫 支店 4. たじま農協 支店 5. 信漁連 但馬支店 6. 支店		委 任 状 左記口座名義人を代理人と定め、上記請求により 新温泉町から受ける出産育児一時金を受領するこ とを委任します。 年 月 日 申請者 住所：新温泉町 氏名： ㊞		
	種別	普通 ・ 当座			
	口座番号				
	フリガナ 口座名義人				
添 付 書 類 及 び 確 認	医師又は助産師が発行した出生証明書等、出産の事実を証明する書類（ あり なし ） 医療機関等から交付される合意文書の写し(退院時に交付されます)（ あり なし ） 医療機関等から交付される出産費用の領収・明細書の写し（ あり なし ） 国民健康保険資格確認書またはマイナンバーカード（ あり なし ） 出産した医療機関等が産科医療補償制度に加入しているか（ 加入 未加入 ） ＊加入している場合 5 0 0 , 0 0 0 円、加入していない場合は 4 8 8 , 0 0 0 円				
備 考	上記書類は「直接支払制度」との重複をさけるためと産科医療補償制度による加算 を確認するために必要ですので、必ず添付してください。 ただし、出生証明書は戸籍届を提出した後で住民登録により確認できる場合は省略 できる。				

新温泉町長 様
上記のとおり申請いたします。

年 月 日

申請者（世帯主） 住 所 〒 ー （ 町）
兵庫県美方郡新温泉町 番地

氏 名

連絡先 （ ）