

第2号様式(第12条関係)

課
出張所
行政センター

支給予定日	年 月 日	
被保険者証 記号 番号	奈 1 —	<input type="radio"/> 母子手帳 <input type="radio"/> 戸籍簿照合により確認 <input type="radio"/> 住民票により確認

確認者

国民健康保険出産育児一時金支給申請書

金額	令和5年3月31日までの分娩 420,000円 (産科医療補償制度の対象分娩でない場合は、408,000円。)
	令和5年4月1日以降の分娩 500,000円 (産科医療補償制度の対象分娩でない場合は、488,000円。)

生母氏名	生母の国保資格取得年月日 年 月 日	出産前6箇月以内の保険加入状況 奈良市国保以外 <input type="checkbox"/> 他市の国保 <input type="checkbox"/> 社保扶養 <input type="checkbox"/> 社保本人(資格1年未満) <input type="checkbox"/> その他 () <input type="checkbox"/> 奈良市国保
子の出生日 令和 年 月 日	分娩の種類 <input type="checkbox"/> 出生	
出産児氏名	<input type="checkbox"/> 死産(週)	

振込指定先	金融機関名	銀行・信金・信組 労金・農協	本店	支店 出張所
	預金の種別	1 普通 2 当座 3 貯蓄	口座番号	フリガナ
				名義人 (世帯主)

上記のとおり支給申請します。

令和 年 月 日 住所

※申請者(世帯主)

氏 名

電話 ()

(宛先) 奈良市長

- ※ 産科医療補償制度に加入する医療機関等で出産の場合は、制度対象の分娩である証明印を押印した領収・明細書及び直接支払制度合意文書の写しを添付してください。
- ※ 振込指定先口座の名義人が世帯主以外の場合は、委任状又は申立書を添付してください。

処理欄	直接支払制度 利用 / 医療機関等支払額	受給者口座振込額	保険料充当額	保険料担当者
	有・無	円	円	円