記入例

国民健康保険出産育児一時金支給申請書

令和3 年 12 月 2 日

(あて先)調布市長
下記のとおり申請します。

〒 182 － 8511

請求者（世帯主）
住　所 調布市小島町2－35－1
氏　名 調布　太郎

連絡先 TEL 042 〔 481 〕 △△□□

保険証に記載されている記号・番号をご記入ください。

申　請　額	～～～～～～～～ 円	被保険者証記号・番号	３１－88・8888

４２０００００ － ＝
（ 請 求 金 額 － 直接支払制度利用額 ＝ 申 請 額 ）

生まれたかたの氏名	調布　次郎	続柄	子	生年月日	令和3年 10月 3日
出産されたかたの氏名	調布　花子	生年月日			昭和60年 1月 2日
		資格開始日			平成20年 5月 4日

保険証に記載されている適用開始年月日をご記入ください。
（不明な場合は空欄可）

口座振込依頼書

振込先金融機関	金融機関コード	7 7 7 7	支店コード	8 8 8	種別	1 普通 / 2 当座
	金融機関名	調布銀行	支店名	調布支店		
（カタカナ）口座名義	チョウフ　タロウ 調布　太郎		口座番号	1 2 3 4 5 6 7		

世帯主の口座をご記入ください。

※請求者名義の口座をご指定下さい。（請求者以外の口座へは送金できません。）

個人番号（マイナンバー）

請求者（世帯主）	9 9 9 9 9 9 9 9 9 9 9 9
出産されたかた	8 8 8 8 8 8 8 8 8 8 8 8

マイナンバーをご記入下さい。
（不明な場合は空欄可）

市確認欄	受付印
出産者の出産日６ヶ月前の保険 □ 国保（ 調布市 ・ 他区市町村 ） □ 無保険 □ 社扶 □ 社本（ １年未満 ・ １年以上 ⇒ 前社保（ ）確認 ）	
滞納 □ なし ・ □ あり ⇒ 税担当（ ）確認	受付者