

出産育児一時金支給申請書

被保険者証の記号番号	岡1 — <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse; width: 150px; height: 20px;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table>													
出産者 (被保険者)	氏名 世帯主との続柄													
出生者	氏名			出生年月日										
申請金額	円			出産の種類		生産 死産(妊娠週数 満 週 日)								
上記のとおり申請します。				出産者の個人番号 _____										
年 月 日				世帯主		住所 _____								
岡山市長様						氏名 _____								
				連絡先 電話番号 () - _____										
振込先	銀行 金庫 農協		支店		1 普通 総合		フリガナ							
	口座番号		支所		2 当座									
						名義人								

証 明 欄							
出産者：住所				氏名			
出産年月日：		年 月 日		出産の種類：		生産 死産(妊娠週数 満 週 日)	
上記のとおり出産の事実を証明します。							
年 月 日				(医師又は助産師) 住所			
				氏名			

※太枠内を記入してください。岡山市に出生届を提出している場合には、医師又は助産師の証明は不要です。
 ※振込先が世帯主以外の場合は給付金受領の委任が必要です。「受取代理人欄」に記入してください。

受取代理人欄	下記代理人に本請求に基づく給付金の受領を委任します。 なお、この委任は申請者の保険給付を受ける権利を譲渡するものではありません。						
	年 月 日						
	(代理人) 住所			(世帯主) 住所			
	氏名			氏名 (署名又は記名押印)			

処理欄	6ヶ月以上資格		有	無	料金課確認	出生届確認	区役所受付	受付
	直接支払制度利用		有	無				
	産科医療補償制度登録		有	無	支払方法	担当		
	助産制度利用		有	無	通常	充当		

確認方法： 免許証 ・ 保険証 ・ 番号カード ・ 旅券 ()