

出産育児一時金支給申請書

被保険者証の記号番号	岡 1 -	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
出産者 (被保険者)	氏名 世帯主との続柄						
出生者 (死産の場合は記載不要です)	氏名	出産年月日					
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。

申請者の個人番号 _____

出産者の個人番号 _____

年 月 日 世帯主 住所 _____

氏名 _____

岡 山 市 長 様 連絡先 電話番号 () -

< 公金受取口座を利用する場合は を、利用しない場合は下記に口座を記入してください。 >

マイナポータル等で事前登録した

- 申請者 (世帯主) の公金受取口座を利用します。
- 受取代理人の公金受取口座 (個人番号: _____) を利用します。

振込先	銀行	支店	1 普通	名義人	フリガナ
	金庫	支所	2 総合 当座		
口座番号	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

受取代理人の公金受取口座を利用する場合、岡山市に住民票の無い方は個人番号を記入してください。

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 _____			
(署名または記名押印)				

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	支払方法	担当			
	産科医療補償制度登録	有 無	通常 充当				
	助産制度利用	有 無					

確認方法： 免許証 ・ 保険証 ・ 番号カード ・ 旅券 ()