受付者	種別
	1 出　産
	2 死　産

国民健康保険出産育児一時金支給申請書

(あて先)八尾市長

被保険者	記号	八国	番号	
支給金額	408,000円			
(加算金額)	12,000 円			

※上記加算金額については、産科医療補償制度対象分娩の証明印が押印された書類をご添付ください。

支給対象者 (出生児の母親)	氏名		世帯主との続柄	
	生年月日	昭和・平成　年　月　日	個人番号	
出生児 ※死産・流産・人工妊娠中絶の場合は、この欄への記載は不要です	氏名		世帯主との続柄	
	生　年　月　日	令和　年　月　日　生		
死(流)産	死(流)産 年 月 日	令和　年　月　日 妊娠第　週		

上記のとおり申請します。支給金額については支給決定後、下記の金融機関口座に支払われるよう申請します。

令和　年　月　日　〒

世帯主住所　八尾市

世帯主氏名

個人番号

電話番号　(　－　－　)

振込希望金融機関	銀行・信用金庫 農協・信用組合		
本店	支店・その他(　)		
普通・当座	口座番号		
口座名義人(世帯主) ※カタカナで記入		金融機関コード	
		店番号	

出産一時金支給承認事項(健康保険課記入欄)				受付印
社会保険本人期間(出産時前6ヶ月以内)　…　有・無				
加算	有・無	助産	有・無	
備考				