

支給年度	令和 年 度
決裁年月日	令和 年 月 日
決定額	円

記入方法

柏市国民健康保険出産育児

被保険者の 記号番号		記号 柏	番 号 ○○○○○○○		母親の 国民健康保 険資格取	平成 年 月 日 令和	
出生児	出生 年月日	令和 年 月 日	当てはまるものに○をつ けてください。		母親 氏 名	世帯主との 続柄	
	出生児数	1 人 2 人 その他 (人)			出産 した方	1 妻 2 本人 3 その他 ()	
	妊娠 週目				生年月日	昭和 平成 令和 年 月 日	
					個人番号		
病院・産院等で出産 したときはその名称 と所在地		病院等の名称		病院等の所在地			
上記のとおり柏市国民健康保険条例によるは 令和 年 月 日 世帯主 住 所 柏市 氏 名 個人番号 柏市長 あて						国民健康保険加入世帯の世帯主の 氏名を記入してください。 電話番号 ()	
受取口座 (いずれかを選択)		☐ マイナポータルで登録した公金受取口座を利用する(個人番号を記入してください) ☐ 振込口座を指定する(口座					
口座 情報	金融機関	銀行 金庫 農協 信組		振込先を公金受取口座とする場合は、公金受 取口座を利用するに☑をしてください。世帯 主の公金受取口座を振込先とします。 振込口座を指定するに☑をした場合は、口座 情報を記入してください。			
	預金種目 口座番号	普通 当座 貯蓄	上記世帯主名義の口座を記入して下さい。 ※世帯主名義以外の口座への振込を希望する 場合には、裏面の委任状の記入も必要とな ります。				
	口座名義人	フリガナ					

【添付書類】①出産費用の領収明細書などの写し

②医療機関等から交付される直接支払制度に関する合意文書の写し

③(死産・流産の場合のみ)医師の証明書

※海外で出産した場合は、添付書類が異なりますのでお問い合わせください。(柏市のホームページでもご確認いただけます。)

委任状

令和 年 月 日

柏市長 へ

住 所 柏市

氏 名 印

下記の者を代理人と定め国民健康保険出産育児一時金の受領に関する一切の権限を委任します。

代理人（世帯主との続柄— ）

住 所

氏 名

生年月日 T・S・H・R 年 月 日

電話番号 ()