

※国保課使用欄			
世帯主リンク番号 ( )			
直接支払制度利用		<input type="checkbox"/> あり	
		<input type="checkbox"/> なし	
出産育児一時金金額	令和5年4月以降の出産	<input type="checkbox"/> 500,000円	<input type="checkbox"/> 500,000円 … (3)
		<input type="checkbox"/> 488,000円	<input type="checkbox"/> 488,000円 … (4)
	令和5年3月までの出産	<input type="checkbox"/> 420,000円	<input type="checkbox"/> 420,000円 … (6)
		<input type="checkbox"/> 408,000円	<input type="checkbox"/> 408,000円 … (7)
		<input type="checkbox"/> 404,000円	<input type="checkbox"/> 404,000円 … (8)
分娩費用		円 … (2)	
世帯主へ支給額		(1)-(2) _____ 円	(3)～(8)のいずれか _____ 円

## 国民健康保険出産育児一時金支給申請書

申請金額	円		
被保険者番号	ながさき	世帯主氏名	
出産者氏名			
出産年月日	令和 年 月 日	1生産 2死産 ( ) 週	
出生児氏名			
医療機関等	名称		
	住所		
世帯主の振込先預金口座	銀行 組合 金庫	本店 普通 支店 出張所 当座	
※通帳を確認のうえ、記入してください。			
上記のとおり申請します。			
令和 年 月 日			
世帯主 住所 長崎市			
フリガナ ..... 氏名 .....			
(電話 局 番)			
長崎市 長 様			

(注) 国民健康保険以外の保険から、出産育児一時金相当の給付を受ける資格のある方については、支給されません。

- (添付書類)
- ・国民健康保険被保険者証
  - ・母子健康手帳
  - ・出産に係る費用の領収書又は明細書
  - ・出産育児一時金に係る医療機関との合意文書