様式第8号（第17条関係）

彦根市国民健康保険出産育児一時金支給申請書

（枠内をご記入ください）

被保険者	記号	滋彦	番号									

被保険者 母の氏名		国保加入日	年　月　日	事由
生年月日	年　月　日			
		出生年月日	年　月　日	出生 死産 （　週）

出産した医療機関	病院名 住所 （県外の場合のみ）

振込先	□公金受取口座を利用します。（利用する方は、口座情報の記入は不要です。）			
	個人番号（彦根市民の方は記載不要です。）（12桁）：			
	銀行 信用金庫　支店 農協	普通 当座	口座番号	
	市記入欄	―		
	名義人 カタカナでご記入下さい	※ 申請者と名義人が異なる場合は、名義人に領収権を委任します。		

添付書類	直接支払制度の利用の有無が記載された出産費用の領収・明細書の原本（ただし、直接支払制度の利用の有無が記載されていない場合は、医療機関から交付される合意文書の原本が必要）

補償適用	有	無

上記のとおり、申請します。

なお、この同一出産につき他の制度によって出産育児一時金に相当する給付を受ける場合は、この申請を取り下げ、既に給付を受けた場合は、市の指定する方法により返還することを確約します。

申請者
（世帯主または被保険者）　〒　　―

年　月　日　　住所

氏名　（署名または記名押印）

彦根市長　様　　電話

※提出者が代理人の場合
上の申請者の委任を受け、本申請書を代理で記入し提出します。

申請書提出者　（署名または記名押印）	（続柄）

本人確認方法 … 免許証 ・ マイナンバーカード ・ その他（　　）