年　　月　　日

伊達市長　　　　様

申請者(世帯主)　　住所

氏名　　　　　　　　　　　　印

電話番号

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **個人番号** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

出産育児一時金の支給及び受取代理について、次のとおり申請します。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 被保険者証の記号番号 | | | | | | 島93― | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 出産を予定する被保険者 | | | | | | 氏名 | | | |  | | | | | | | | | | | | | | |
| 生年月日 | | | | 年　　 　　月 　　　　日 | | | | | | | | | | | | | | |
| **個人番号** | | | |  | |  | |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |
| 出産予定日 | | | | | | 年　　　 　月 　　　　日 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 口座振込依頼欄 | | | | | | | | | | | | | 口座種別 | | | | 1　普通預金  2　当座預金 | | | | | | | |
| 銀行  金庫  農協 | | | | 本店・支店  本所・支所 | | | | | | | | |
| フリガナ | | | |  | | | | | | | |
| 店舗コード | | | 口座番号 | | | | | | | | | | 口座名義人 | | | |  | | | | | | | |
|  |  |  |  |  |  | |  |  |  | |  | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 委任欄 | 出産に要する費用の支払いに充てるため、出産育児一時金(出産に要した費用の額が出産育児一時金の額に満たないときは、その出産に要した費用の額)の受領に関する権限を次の保険医療機関に委任します。 | |
| 受任者 | 出産育児一時金の受取代理について同意します。  保険医療機関  所在地  名称  代表者名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印 |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 受付担当者記入欄 | | | |
| 窓口受付  担当者印 |  | 窓口に来られた方 | 確 認 書 類 |
| 世帯主・同一世帯員  それ以外の方（要委任状） | 免許証・パスポート・個人番号カード・保険証  　その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　） |