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（　　　　　　　　　　　　　　　　　） |