

様式第1号(第3条関係)

申請人が記入するところ	国民健康保険出産育児一時金受領委任払申請書 年 月 日				
	米原市長 様				
	(世帯主) 住所 氏名 電話				
	次のとおり申請します。				
	被 保 険 者 記 号 番 号		滋米		
	出 産 を 予 定 す る 被 保 険 者 の 氏 名 ・ 生 年 月 日		年 月 日生		
	出 産 予 定 日		年 月 日(妊娠 箇月)		
医療機関等	出産を予定する医療機関等の名称				
	出産費用の支払いが困難である理由				
	委任欄	米原市国民健康保険出産育児一時金受領委任払実施要綱に基づき受領委任払に同意し、出産育児一時金の受領に係る権限を下記の医療機関等に委任します。受領委任払が認められない場合においては、医療機関等に誠意をもって支払います。また、出産後は、速やかに出産育児一時金の支給申請手続を行います。 年 月 日 (世帯主)住所 氏名 印			
		同意欄	米原市国民健康保険出産育児一時金受領委任払実施要綱に基づき受領委任払に同意します。出産育児一時金の受領に係る権限を上記の申請者から受任し、その範囲内で出産に要する費用の徴収を猶予します。ただし、申請者が米原市国民健康保険出産育児一時金の支給要件を満たしていない場合は、出産者から出産に要する費用を徴収します。 年 月 日 所在地 名 称		
			振込先	金融機関名	銀行・農協・信用金庫・信用組合 支店・支所・()
	口座の種類			普通・当座	口座番号
	口座名義人	フリガナ			

添付資料	受付印
■第2条第1号に該当する者 母子健康手帳等、出産予定日まで1箇月以内であることを証明する書類	
■第2条第2号に該当する者 母子健康手帳等、当該出産に要する費用について医療機関等からの請求書	
産科医療補償制度に加入する医療機関等の医学的管理下において在胎週数22週に達した日以後の出産(死産を含み、以下「制度対象分娩」という。)の場合は、加入分娩機関により発行された制度対象分娩がなされたことを証明する所定の印が押印された請求書	