

被保険者証番号	南 魚 沼						分 娩 し た 被保険者氏名	
分 娩 年 月 日	令和 年 月 日 出産・その他						医 療 機 関 名	
個人番号							※出産育児一時金は産科医療保障制度「有」 の場合は 50 万円、「無」の場合は 48 万 8000 円です。 ※医療機関から交付された明細書の写しを 必ず添付してください。	
出産育児一時金	¥							
出 産 費 用	¥							
申 請 金 額	¥							
振 込 金 融 機 関	□公金受取口座を利用する ※公金受取口座を登録している方に限ります							
	□座名義人の個人番号							
	□振込口座を指定する（以下の口座情報をご記入ください）							
	名 称	(支店)						
	預金種別	普通・当座	番 号					
口座名義人	フリガナ							
上記のとおり申請します。 なお、受領の権限を_____に委任します。 (※上記委任欄は口座名義人が世帯主と異なる場合に記入してください) 年 月 日 〒949- 世帯主 住 所 南魚沼市 氏 名 (印) (自署の場合は押印不要) 生年月日 (年 月 日) 電 話 (- -) 個人番号								
南魚沼市長 宛								

.....下記の欄は、記入しないでください.....

上記申請のとおり支給してよいか伺います。

・直接支払制度利用	有□ 無□
・産科医療保障制度加入	有□ 無□

番号	決裁年月日	課長	係長	係	受付年月日	受付者