出産育児一時金支給申請書

受付番号:

被保険者番号	０６－		
出産した被保険者氏名		出産日	年　月　日
出産した医療機関			
請求金額	□　４２０，０００円　（出産日が令和５年３月３１日迄）		
	□　５００，０００円　（出産日が令和５年４月１日以降）		

藤沢市長
上記のとおり申請します。なお、私の受取金は下記の口座に振り込んでください。
ただし、申請者名と振込口座名義が異なる場合については、受領に関する権限を委任したものとします。

年　月　日

〒

申請者（世帯主）　住所　　電話　（　　）

フリガナ
氏名

（窓口にきた方）　氏名　　電話　（　　）

振込先

金融機関名	支店名	種目	店番号	口座番号
銀行 農協 信用金庫 （　　）	支店	普通		
フリガナ				
口座名義人				

保険年金課　使用欄

添付書類	保険料 納付状況
□ 合意文書	□ 未納無
□ 出産費用明細書、領収書	□ 未納有（徴収担当：　　） （ 振込 ・ 全額充当 ・ 一部充当 ）
≪海外出産≫　帰国後申請・和訳必須	
□ パスポート（出入国の確認） □当該出産が渡航期間内である　□日本に入国している	受付者 / 確認者
□ 出生証明書（公的証明、出産の事実確認）	
□ 同意書	
□ 妊娠届や母子手帳（妊娠の事実確認）	