|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 様式第１号 | 受付番号 |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 国民健康保険出産育児一時金受領委任届  　　　宇美町長　殿　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　月　　日 | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | （世帯主住所） | | | | |  |
| （氏名） | | | | |
| 出産育児一時金の受領については、本書のとおり受領委任をしましたので届出します。 | | | | | | | | | | | | | | |
|  | 被保険者番号 | | | |  | | |  | | | | | | |
| 出産者氏名  及び生年月日 | | | | フリガナ | | | | | 年　　月　　日  （世帯主との続柄） | | | |  |
| 出産予定年月日 | | | |  | | | ※　出産予定日の２ヶ月前から届出ができます。 | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | 委  任  欄 | 出産育児一時金の受領に関する一切の権限を、出産費用総額を限度として、下記の医療機関等に  委任します。  　　　　　　　　年　　月　　日  　　　　　　　　　委任者（世帯主）住　　　所  　　　　　　　　　　　　　　　　　氏　　　名  　　　　　　　　　　　　　　　　　電　　　話 | | | | | | | | | | |  |
| 同  意  書 | 上記のことを承諾しました。  　　　　　　　　　　医療機関等　　所　在　地  　　　　　　　　　　　　　　　　　名　　　称  　　　　　　　　　　　　　　　　　代表者氏名  　　　　　　　　　　　　　　　　　電　　　話 | | | | | | | | | | |
| 産科医療補償制度加入の有無 | | | | 有　（補償開始年月日　　　年　　月　　日）・　無 | | | | | | |
| 債  権  者  口  座 | 金融機関名 | | 銀行　　　　　　　　支店 | | | | | | | |
| 種類・番号 | | 普通・当座 | | | | | | | |
| 口座名義人 | | （フリガナ） | | | | | | | |
| ※　債権者口座名義人は代表者氏名と同一です。 | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | |
| 【受付者記入欄（申請者は記入しないでください）】 | | | | | | | | | | | | | 受　付　印 |  |
|  | □妊娠４ヶ月　　　　□他方給付　　　□収納状況  □システム備考欄　　□受付簿記入 | | | | | | | | 交付者 | |  |  |  |
| □１号写し交付　　　□費用届交付 | | | | | | | | 受理者 | |  |
|  | | | | | | | | | | | | | | |