様式第１（第５条関係）

出産育児一時金差額支給申請書

年　　月　　日

鹿 児 島 市 長 殿

出産育児一時金の差額の支給について、次のとおり申請します。

申請者（世帯主）　住所　鹿児島市

氏名　　出生児との続柄

個人番号　　電話　　－　　－

申請額（差額）	円

被保険者証　記号・番号	―	出産年月日	年　月　日		
出産者氏名		出産者生年月日	年　月　日	年齢	歳
個人番号		出生数	単胎　・　多（　　胎）		
産科医療補償制度加入の有無	有　・　無				
出産した保険医療機関等の名称					

受領については、下記のとおり振込を依頼します。

☐　公金受取口座を利用します　　（マイナポータル等から登録した口座を利用される方）

※公金受取口座への振込を希望し、上記にチェックを入れた場合は、以下の金融機関情報についての記載は必要ありませんが、記載があった場合には以下の金融機関情報への振込を優先します。

振込先金融機関		銀行・信用金庫 農協・信用組合		支店	種別	1. 普通 2. 当座
店番		口座番号				
フリガナ						
口座名義						

※受取人が世帯主と異なる場合（代理人の公金受取口座又は世帯主名義以外の口座に振込を希望する場合）は、必ずご記入ください。

【委任状】

上記の申請額（差額）の受領については、下記の者に委任します。

年　　月　　日

甲（委任者）世帯主の氏名　　㊞

乙（受任者）住 所

氏 名　　生年月日　　年　　月　　日

個人番号

※ この申請書に、次の書類を添えて申請してください。
被保険者証、医療機関との合意文書、保険医療機関が交付した出産費用の領収・明細書

出産者の資格取得日	年　月　日	取得日から6月以内の出産の場合	1 保険加入歴	有　・　無	受付印
			2 保険の区分	社本・社扶・共済・他国保	
			3 社保本人	1年以上　・　1年未満	