

**Solicitud del Subsidio de Pago Único por Parto del Seguro Nacional de Salud de la ciudad de Toyota**  
 豊田市国民健康保険出産育児一時金支給申請書

Al Sr. Alcalde de la ciudad de Toyota 豊田市長 様

Fecha de solicitud 申請年月日:  
 (año) 年 (mes) 月 (día) 日

※ Llene dentro de los cuadros en negrita. 太枠内を記入してください。

Solicitante (Jefe de familia) 申請者(世帯主)	Domicilio 住所			
	Nombre 氏名		Número de teléfono 電話	
	Número Personal 個人番号			
Número de Identificación del Asegurado 被保険者記号・番号			Nombre de la parturienta 産婦の氏名	
Número Personal de la parturienta ( ) 産婦の個人番号			Relación con el Jefe de familia ( ) 世帯主との続柄	
Nombre del bebé 出生児氏名			Fecha del parto 分娩年月日 (año) 年 (mes) 月 (día) 日	
Sistema de Compensación Obstétrica por Parálisis Cerebral 出産された医療機関等の「産科医療補償制度」への加入状況			<input type="checkbox"/> El hospital donde dio a luz está afiliado al Sistema de Compensación. 加入している (¥ 万円) <input type="checkbox"/> El hospital donde dio a luz NO está afiliado al Sistema de Compensación. 加入していない (¥ 万円)	
Sistema del Pago Directo del "Subsidio de Pago Único por Parto" a la Institución Médica 「出産育児一時金等の医療機関等への直接支払制度」の利用状況			<input type="checkbox"/> Utilizó el Sistema. 利用した→Llene (1), (2) y (3) de abajo. (1), (2)及び(3)に金額を記入 <input type="checkbox"/> NO utilizó el Sistema. 利用していない→ Llene solo (1) y (3) de abajo. (1)及び(3)に金額を記入	
Valor del Subsidio de Pago Único por Parto 出産育児一時金の支給額			(1) Valor total del Subsidio de Pago Único por Parto (¥ 円) 出産育児一時金総額 (2) Valor total del recibo del Hospital (¥ 円) 領収・明細書の金額 (3) Valor del Subsidio a recibir [(1)-(2)] 支給金額 (¥ 円)	
Cuenta bancaria para el depósito 口座	Nombre del Banco 金融機関名		銀行Bank 本店Honten:matriz 信用金庫Shinkin bank 支店Shiten: sucursal 農協JA Bank 出張所Shucchojo:agencia (店番号N.º de sucursal: )	
	Tipo de cuenta 普通 Futsuu 当座 Touza	Número de cuenta 口座番号	Nombre en Katakana フリガナ	
	<input type="checkbox"/> Deseo como Solicitante, recibir el Subsidio en mi cuenta bancaria vinculada al Sistema del Registro de Número Personal [My Number]. 申請者の公金受取口座を利用		N.º personal 個人番号	

※ Nombre del bebé: en caso de mortinato o aborto (espontáneo o provocado), puede dejar en blanco.  
 出生児氏名について、死産・流産・人工妊娠中絶の場合は、記載は不要です。

Si la cuenta de banco no es la del Jefe de familia, es necesario llenar la Carta Poder de abajo.  
 世帯主以外の口座に振込みを希望される場合は、下記の受領委任状を記入してください。

**Carta Poder 受領委任状**

Autorizo al Apoderado a recibir el Subsidio de Pago Único por Parto. 出産育児一時金の受領に関する権利を下記のとおり委任します。

El mismo solicitante 申請者と同じ

Apoderado 受任者 Domicilio 住所 \_\_\_\_\_  
 Nombre 氏名 \_\_\_\_\_

Otorgante 委任者(世帯主) Nombre 氏名 \_\_\_\_\_

No se requiere del Sello Personal cuando el nombre del Otorgante está escrito con su puño y letra.  
 自署の場合は押印不要

処理欄	(窓口に来た人)	(続柄)	添付書類の確認 <input type="checkbox"/>	受付者
	本人確認 1点 : 免・個・在・身・他 ( )		滞納 充当	
	2点 : 保+診・他 ( )		<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> する	
			<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> しない	

Documentos necesarios:

1. Recibo de gastos del parto
2. Documento emitido por el hospital: Acuerdo sobre el Sistema del Pago Directo del Subsidio por Parto a la Institución Médica

Observaciones:

1. Cuando la Municipalidad considere necesario verificar documentación oficial que acredite el parto (Certificado de Nacimiento, Certificado de Registro Familiar o Individual [Koseki touhon/shouhon], etc.), presente los documentos solicitados.
2. En caso de mortinato (más de 12 semanas de gestación), por favor, presente los siguientes documentos junto con la presente Solicitud: documentos indicados arriba (Documentos necesarios 1 y 2) y Permiso de Cremación o Certificado Médico.
3. En caso de que la parturienta se haya afiliado al Seguro Social de la empresa [Shakai hoken] como empleada durante más de 1 año y luego se haya cambiado al Seguro Nacional de Salud [Kokumin kenko hoken] dentro de los 6 meses antes del parto, deberá solicitar el Subsidio de Pago Único por Parto al Seguro Social al que estaba afiliada.