

Application for Childbirth Lump-Sum Allowance
豊田市国民健康保険出産育児一時金支給申請書

豊田市長 様

Application Date Year Month Day

申請年月日 年 月 日

*Please fill in **within thick-frame** field. 太枠内を記入してください。

Applicant (Householder) (世帯主)申請者	Address 住所			
	Full Name 氏名		TEL	—
	Individual Number 個人番号			
Parturient Health Insurance Number 被保険者記号・番号 —		Name of Parturient 産婦の氏名		
My Number of Parturient 産婦の個人番号		Relationship to the householder 世帯主との続柄		
出生児氏名 Name of the newborn baby*		分娩年月日 Date of Birth/Delivery (year/month/day) 年 月 日		
Obstetric Compensation System for Cerebral Palsy 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"/> Medical Institution associated with the system (yen) 加入している <input type="checkbox"/> Medical Institution not associated with the system (yen) 加入していない		
Did you apply for Direct Payment of Childbirth Lump-sum Allowance to the Medical Institution? 「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"/> Yes → Fill in items (1), (2), and (3) 利用した <input type="checkbox"/> No → Fill in items (1) and (3) 利用していない		
Total Paid Amount of Childbirth Lump-sum Allowance 出産育児一時金の支給額		(1) Total Amount of Childbirth Lump-sum Allowance (yen) (2) Total Amount of Medical Expenses paid to the hospital (yen) (3) Receiving Value (yen)		
Bank account information** 振込口座	Bank Name 金融機関名		Bank 銀行	Head Office 本店
			Shinkin Bank 信用金庫	Branch 支店
			JA Bank 農協	Sub branch 出張所
		(店番号 Branch code:)		
Regular 普通	Account number 口座番号		Name in Katakana フリガナ	
Commercial 当			Account holder's name 名義人	
<input type="checkbox"/> I wish to receive the benefit in the bank account associated with the Individual Number system. 申請者の公金受取口座を利用		Individual Number 個人番号		

*Not needed in case of stillbirth or abortion. 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。

**The householder may designate other person's bank account by filling in the Power of Attorney below.
 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。

Power of Attorney 受領委任状

I hereby authorize the person below to receive Childbirth Lump-sum Allowance.
 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。

Authorized person Same address as the Applicant 申請者と同じ
 受任者 Address 住所 _____
 Name 氏名 _____

Mandator
 委任者 (世帯主) Name 氏名 _____ (印) 自署の場合は押印不要

Personal seal is unnecessary if this Power of Attorney is written by the own householder.

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() 2点 : 保+診・他()		滞納	充当	
			<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> する <input type="checkbox"/> しない	

Required Documentation

1. Receipt of Childbirth Delivery Expenses.
2. If applicable, Contract of Direct Payment of Childbirth Lump-sum Allowance to the Medical Institution.

Other Information

1. If baby deliver occurred overseas, please submit Child's Birth Certificate and its respective translation to Japanese.
2. In case of stillbirth (more than 12 weeks): Receipt of Delivery Expenses, Direct Payment Contract and Cremation Certificate or decease certificate issued by the physician.
3. Parturient who has been enrolled in her company's Social Insurance (Employees Health Insurance) for over 1 year and switched to National Health Insurance within 6 months prior to the deliver should apply for this Allowance to the Social Insurance.