

<div>National Health Insurance</div> <div>Application for the Lump-Sum Allowance for Childbirth and Childcare</div> <div>国民健康保険出産育児一時金支給申請書</div> <div>Allowance amount 支給額 ¥ _____ 円</div> <div>I hereby apply for payment of the amount stated above in accordance with the details provided below.</div> <div>上記金額を支給されるよう申請します。ただし下記内訳のとおり</div> <div>_____ 年 _____ 月 _____ 日 (year/month/day)</div> <div>Address of head of the household</div> <div>世帯主住所 _____</div> <div>Name 氏名 _____ My Number 個人番号 _____</div> <div>Phone number 電話番号 _____</div> <div>To the Mayor of Toyota City 豊田市長 様</div>					
Account for deposit 受取口座		<div><input type="checkbox"/> Use the Registered Public Fund Receiving Account (If selected, bank account details do not need to be provided.) 公金受取口座を利用する (利用する場合は口座情報の記入不要)。</div> <div><input type="checkbox"/> Use the bank account specified below for direct deposit. Please complete the required bank account information. 振込口座を指定する。</div>			
Bank account details for direct deposit 振込先		Financial institution 金融機関		Furigana (フリガナ) Account holder 口座名義人	
		Type: <i>Futsu</i> (savings) / <i>Toza</i> (checking) / Other 口座種別 普通・当座・その他 ( )		Account number 口座番号	
Insured person code / number 被保険者記号・番号		Head of household 世帯主氏名			
Name of the insured person who gave birth 出産した被保険者氏名		My Number 個人番号		REL to householder 世帯主との 続柄	
Date of childbirth 出産の年月日		_____ 年 _____ 月 _____ 日 (year/month/day)		Payment clasification (Note: Applications submitted before childbirth will be processed as a loan.) Allowance / Loan 支 給 ・ 貸 付 支払い種別 (出産前の請求は、貸付となります。)	
Gestational age at delivery 出産の週 (日) 数		_____ weeks (days) _____ 週 ( _____ 日)			
If a person other than the head of household will receive the payment, please complete the Power of Attorney section below. 世帯主以外の方が受領する場合は、下記の委任状を記入してください。					
<div>Power of Attorney 委任状 _____ 年 _____ 月 _____ 日 (year/month/day)</div> <div>I hereby authorize the person named below to receive, on my behalf, payments related to the National Health Insurance Lump-Sum Allowance for Childbirth and Childcare.</div> <div>国民健康保険出産育児一時金の受領を下記代理人に委任します。</div> <div>Head of the household 世帯主氏名 _____</div> <div>Representative's address 代理人住所 _____</div> <div>Representative's name 代理人氏名 _____ My Number 個人番号 _____</div>					
確 認		1. 住民異動届による 2. _____ 確認者氏名			