

National Health Insurance
Application for the Lump-Sum Allowance for Childbirth and Childcare
 国民健康保険出産育児一時金支給申請書

Allowance amount 支給額 ￥_____円

I hereby apply for payment of the amount stated above in accordance with the details provided below.

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

年 月 日 (year/month/day)

Address of head of the household

世帯主住所 _____

Name 氏名 _____ My Number 個人番号 _____

Phone number 電話番号 _____

To the Mayor of Toyota City 豊田市長 様

Account for deposit 受取口座	<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）。			
	<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。			
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: Futsu (savings) / Toza (checking) / Other 口座種別 普通・当座・その他 ()	Account number 口座番号	RELP to householder 世帯主との 続柄	
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			
Date of childbirth 出産の年月日	年 月 日 (year/month/day)	Payment classification (Note: Applications submitted before childbirth will be processed as a loan.) 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	Allowance / Loan 支給・貸付		

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。

Power of Attorney 委任状 年 月 日 (year/month/day)

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.

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。

Head of the household 世帯主氏名 _____

Representative's address 代理人住所 _____

Representative's name 代理人氏名 _____ My Number 個人番号 _____

確 認	1. 住民異動届による 2. 確認者氏名
-----	----------------------------