

国民健康保険 出産育児一時金 支給申請書

(あて先) 塩尻市長

年 月 日

申請者 (世帯主)

窓口に来た方

※ 世帯主の場合、記入は不要です。

住 所

氏 名

氏 名

電 話

世帯主と
の 続 柄

下記のとおり申請します。

被 保 険 者 証 番 号					
分娩(出産)した被 保 険 者	氏 名		世帯主との続柄		
	生年月日	年 月 日			
分娩(出産)年月日	年 月 日		流産又は死産の場合の妊娠週数	週	
出 産 児 氏 名 ※			男・女	世帯主との続柄	
申 請 額	円				
振 込 先 関 連 機 関	銀 行	本 店	口座の種別	1 普通 2 当座 3 その他 ()	
	信用組合	支 店	口座番号		
	信用金庫	支 所	フリガナ		
	農 協	出張所	口座名義人		
委 任 状	<p>(申請者と口座名義人が相違する場合は、下記に記名・押印してください。)</p> <p>国民健康保険出産育児一時金の受領について、上記の口座名義人に委任いたします。</p> <p style="text-align: center;">申請者 (世帯主) 氏名 _____ 印</p>				

※死産・流産・人工妊娠中絶の場合は、記載は不要です。

※市記入欄 (直接支払制度を利用した場合の 支給金額)	出産育児一時金の金額 ①	円
	医療機関等の代理受領額 ②	円
	支 給 金 額 (①-②)	円