

国民健康保険出産育児一時金支給申請書

		受付番号	
被保険者番号	深	世帯主名	
出産した被保険者氏名 (個人番号)	()	出産した日	年 月 日
出産児の氏名 (個人番号)		性別	男 ・ 女
世帯主との続柄		請求金額	円

深川市長 様

上記のとおり出産育児一時金の支給を申請します。なお、申請者名と振込口座名義人が異なる場合については、受領に関する権限を委任したものとします。

年 月 日

〒 -

申請者 住所
(世帯主) _____

氏名
_____ (個人番号)

電話番号 () -

口座振込依頼	金融機関名	支店名	種目	口座番号
		銀行 信金 信組 農協	本店 支店 本所 支所	1 普通 2 当座
	フリガナ 口座名義人			

(注意) 出産された方が、健康保険・船員保険・各種共済組合等の被用者保険に1年以上加入し、子の出産がその被用者保険をやめた日から6カ月以内であるときは、その被用者保険から支給されます。

課長	課長補佐	係長	主査	係	受付資格確認