

国民健康保険出産育児一時金支給申請書

一金 円也

上記金額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

住所
世帯主 氏名 ⑩

支払を希望する
金融機関・支店名

口座番号

口座名義 (カタカナ)

由仁町長 様

内 訳

被保険者証 記号・番号		世帯主 の氏名	
出産した被保 険者の氏名		申請人 との続柄	
出産の年月日	年 月 日	午 前後	時
出生児の氏名		世帯主との 続柄	
出産の種類	正常 早産 (妊娠 か月) 流産 死産		
出産に立会っ た医師又は助 産師の証明	<p style="text-align: center;">証 明 書</p> <p style="text-align: center;">上記のとおり出産したことを証明します。</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p style="text-align: center;">医師又は助産師 住所 氏名 ⑩</p>		