

<p>国民健康保険出産育児一時金支給申請書</p> <p>一金                      円也</p> <p>上記金額支給されるよう申請します。</p> <p>ただし、下記内訳のとおり</p> <p style="text-align: center;">年    月    日</p> <p style="text-align: right;">世帯主 住    所 氏    名 電話番号</p> <p>由仁町長                      様</p> <p style="text-align: center;">内                      訳</p>			
被保険者記号    ・    番号			
出産した被保険者の氏名			
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   の   年   月   日	年    月    日	午    前 後	時
出産に立会 った医師又 は助産師の 証    明	<p>証    明    書</p> <p>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</p> <p style="text-align: right;">（署名又は記名押印）</p>		
支払を希望 する口座	<input type="checkbox"/> 公金受取口座を利用する（利用する場合、口座情報の記入不要） <input type="checkbox"/> 振込口座を指定する           （下欄へ記入）		
	金融機関名		支店名
	口座番号		口座名義 （カタカナ）
（世帯主と口座名義人が違う場合は、この欄に世帯主が署名してください。）			
上記名義人口座への振込を了承します。			世帯主名