

第20号様式

国民健康保険出産育児一時金支給申請書				
一金		円也		
上記金額の支給を受けたいので、次のとおり申請します。				
年 月 日				
世帯主 住 所 氏 名 個人番号 電話番号				
由仁町長 様				
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	証 明 書			
	上記のとおり出産したことを証明します。 年 月 日 医師又は助産師 住所 氏名 (署名又は記名押印)			
支払を希望 する 口 座	☐ 公金受取口座を利用する(下欄の口座情報の記入不要)。 ☐ 振込口座を指定する(下欄の口座情報を記入)。			
	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				