

国民健康保険 出産育児一時金支給申請書

分娩者の住所	菰野町		
氏名		被保険者証 記号・番号	
生年月日	年 月 日	医療機関名	
新生児の氏名 <small>※死産・流産・人工妊娠中絶 の場合は記載不要</small>		①出産育児一時金	円
出生年月日	年 月 日	②医療機関等への 直接支払額	円
分娩の種類	正常・死産（ 月）	支給申請金額（①-②）	円
振込先金融機関		口座番号	口座名義人
銀行 信用金庫 農協	本店 支店 出張所	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座	フリガナ
菰野町長 あて 上記のとおり申請します。 年 月 日 千 一 世帯主 住所 菰野町 氏名 電話番号			

※世帯主以外の方の口座に振込を希望される場合は、次の受取委任の欄に記入してください。

本請求に基づく給付金の受領に関する権限を下記の代理人に委任します。			
年 月 日	世帯主	氏名	_____
	代理人	住所	_____
		氏名	_____
		世帯主との続柄（	_____）

受付整理欄（記入しないでください）

支給金額	<input type="checkbox"/> 408,000円 <input type="checkbox"/> 420,000円 <input type="checkbox"/> 488,000円 <input type="checkbox"/> 500,000円 <input type="checkbox"/> 差額 円		
受付	<input type="checkbox"/> 菰野 <input type="checkbox"/> 朝上 <input type="checkbox"/> 鶴川原 <input type="checkbox"/> 千種 <input type="checkbox"/> 竹永 <input type="checkbox"/> 住民課	受付者 <input type="checkbox"/>	支給事務取扱者 <input type="checkbox"/>