

## 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 大字△△〇〇番地		
氏名	菰野 花子	被保険者証 記号・番号	123456
生年月日	平成〇年〇月〇日	医療機関名	コモ/クリニック
新生児の氏名 ※死産・流産・人工妊娠中絶 の場合は記載不要	菰野 一郎	①出産育児一時金	円
出生年月日	令和〇年〇月〇日	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 菰野 信用金庫 農協	本店 支店 出張所	<input checked="" type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座 000000	フリガナ コモ/ タロウ 菰野 太郎
菰野町長 あて 上記のとおり申請します。 年 月 日 〒 510 - ×××× 世帯主 住所 菰野町 大字△△〇〇番地 氏名 菰野 太郎 電話番号 059-×××-××××			

※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 ㊞ 支給事務取扱者 ㊞