

国民健康保険 出産育児一時金 支給申請書

被保険者証記号番号		浜中		
世帯主	氏名		個人番号	
出産した被保険者	氏名		個人番号	
	世帯主との続柄	子 ・ 子の子 ・ ( )		
戸籍担当者確認欄	出産の年月日	令和 年 月 日 午前・午後 時 分	出産の場所	市区町村名
	出産児	氏名 個人番号	世帯主との続柄	
	出産の種類 (○で囲む)	出産 ・ 死産 ( 妊娠 週 )		

上記出産事項について確認しました。

令和 年 月 日 職氏名 ⑩

①申請金額	円	産科医療保障制度	対象 (500,000円) 非対象 (488,000円)
②代理受領額	円	支給金額 (①-②)	円

上記金額を支給されるように申請します。

令和 年 月 日

住所 浜中町

世帯主氏名

(窓口に来た方 )

連絡先

浜中町長 様

振込先	銀行名	支店名	種目	口座番号
			普通・当座	
	口座名義人			

※ 医療機関から交付された「出産費用明細書」の写しを添付すること。

※ 振込先口座の通帳等の写しを添付すること。(既に口座登録ある場合除く)

決 裁 欄

- 上記申請書内容を審査の結果、適当と認められたので申請を決定する。
- 次の理由により上記申請を却下する。

課長	係長	係

却下理由【 】