様式第１４号（第１７条関係）

国民健康保険　出産育児一時金支給申請書

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 次のとおり出産育児一時金の支給を申請します。  　　　尚、申請にかかる代金は下記の口座へ振込されるよう依頼します。  　　　　　金　　　　　　　　　　円也  　　　　　　　　　年　　月　　日  　　　　　　　世帯主　住所　　八百津町　　　　　　　　番地  　　　　　　　　　　　氏名  　　　　　　　　　個人番号  　　　　　　　　　　　被保険者記号・番号  　　八百津町長　殿   |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | 振込先金融機関名 | 口座種別 | 口座番号 | 口座名義 | | 銀行  　　　　　信用金庫　　　支店    　農協 | 普  　・  　当 |  |  | |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 【出生児等確認事項】   |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | 出生年月日 | 年　　月　　日 | 出生した子の母  （出産した被保険者） | |  | | | 出生児氏名 |  |  |  | 世帯主との続柄 |  | | 出産した医療機関等 | 住所 | | | | | | 名称 | | | | | | 電話番号 | | | | | | 備考 | 死産及び妊娠中絶等の場合はその月数　　　　妊娠　　　月 | | | | | |

世帯主（申請者）と口座名義人が違う場合は下記に署名してください。

　　　上記名義人口座への振込を承諾します。　申請者（世帯主）氏名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　職員確認欄　　□　出生届