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 |  |  |

 |  印 |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 　【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 |  | 性　別 | 男・女 | 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・押印してください。

　　　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