

国民健康保険出産育児一時金支給申請書

記号番号	西国	委任払申請の有無	有 ・ 無
出産した被保険者(母)の氏名			
出産した被保険者(母)の生年月日		年	月 日
出生児の氏名		種類	正常 早産
出生年月日	年 月 日		流産 死産
<p>上記により出産育児一時金 円の支給を申請しますので、下記口座へ振り込んでください。</p> <p>西原町長 殿</p> <p>年 月 日</p> <p>住 所 西原町</p> <p>世帯主名</p> <p>電話番号 - -</p>			
事 実 確 認	母子手帳番号	第	号
	出生届	年	月 日

委任払受付番号 第 号 (委任払適用者のみ)	
出産育児一時金 申請額①	円
委任払額②	円
差引支給額 ①-② =	円
医療機関名	

金融機関名	銀行・農協
支 店 名	支店
口 座 種 別	普通 ・ 当座
口 座 番 号	
フリガナ	
口座名義人	

<input type="checkbox"/> 公金受取口座を利用する (利用する者は口座情報の記入不要) 公金受取口座を登録していない方は、マイナポータルから簡単に登録いただけます。通帳等の写しの提出が不要になります。
<input type="checkbox"/> 振込口座を指定する・窓口払いを利用する