

## 国民健康保険出産育児一時金支給申請書

一金 円也

上記金額を支給されるよう申請します。

年 月 日

申請者住所 \_\_\_\_\_

氏名(世帯主) \_\_\_\_\_ 個人番号 \_\_\_\_\_

電話番号 \_\_\_\_\_

北海道美唄市長

振 込 先	金融機関		(フリガナ) 口座名義人		
	口座種別	普通・当座・その他( )	口座番号	⋮ ⋮ ⋮ ⋮ ⋮	
被 保 険 者 の 記 号 番 号			世 帯 主 氏 名		
出 産 した 被 保 険 者 氏 名			個 人 番 号	世 帯 主 と の 続 柄	
出 産 児 の 氏 名	<b>左記欄は、死産・流産・人工妊娠中絶の場合には、 記載不要です。</b>				
出 産 の 年 月 日			性 別	男 ・ 女	世 帯 主 と の 続 柄
出 産 の 種 類	正常、早産( ヶ月)		流産( ヶ月)		死産( ヶ月)
確 認	<input type="checkbox"/> 住民異動届 <input type="checkbox"/> 母子健康手帳 <input type="checkbox"/> 医療機関等からの交付される代理契約に関する合意文書 <input type="checkbox"/> 医療機関等からの費用の内訳を記した明細書(領収書)等 <input type="checkbox"/> その他 ( )				
	確認者職氏名				