

国民健康保険出産育児一時金支給申請書

双葉町長 様

年 月 日

下記のとおり申請します。

世帯主 住所 双葉町大字

氏名

印

(電話

)

被保険者の 記号・番号	島 84	世帯主の個人番号				
		分娩者の個人番号				
分娩者の氏名					世帯主との 続 柄	
出生児氏名			性別	男・女	世帯主との 続 柄	
分娩の種類	<input type="checkbox"/> 生産 <input type="checkbox"/> 死産等（第 週） <input type="checkbox"/> 差額支給					
分娩年月日	年 月 日		申請金額	円		
振込先	金融機関名			支店名		
	口座番号			種別	普通・当座	
	口座名義人 (世帯主)	フリガナ				
※領収書（産科医療補償制度対象分娩であることを証明する印のあるもの）を添付してください。 ※出生児の住民票が双葉町にない場合には、出生証明書の写しを添付してください。						
※支給決定伺	課 長	主 幹	課長補佐	係 長	係	担当
	伺年月日	年 月 日		決裁年月日	年 月 日	
	この申請書の内容を検討したところ、適法と認められるので出産一時金として 金 円を支給してよろしいか伺います。					
※処理確認	被保険者の資格	有 ・ 無		戸籍又は住民登録担当者の印		

※欄は、申請者は記入しないこと。