

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

Ⓜ

(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				
<p>(世帯主以外の方の口座に振込を希望される場合は記入してください。)</p> <p>本請求に基づく給付金の受領に関する権限を代理人に委任します。</p> <p style="text-align: right;">世帯主 氏名 Ⓜ</p> <p style="text-align: right;">代理人 住所 Ⓜ</p> <p style="text-align: right;">氏名 Ⓜ</p>						
<p>※領収書の写し（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。</p> <p>※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。</p>						
※支給決定伺	課 長	主 幹	課長補佐	係 長	係	担当
	伺年月日	平成 年 月 日		決裁年月日	平成 年 月 日	
	<p>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。</p>					
※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。