

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。

ただし下記内訳のとおり

年 月 日

申請者住所 _____

氏名 _____ (印) 個人番号 _____

電話番号 _____ 福岡県大野城市長

振 込 先	<input type="checkbox"/>	公金受取口座を利用します。			
	金融機関	銀行	(フリガナ)		
		支店	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 の 年 月 日			支払種別 (出生前の請求は、 貸付となります。)	支 給 ・ 貸 付	
出 生 児 の 氏 名			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)
出産に立会っ た医師又は助 産師の証明	<p style="text-align: center;">証 明 書</p> <p style="text-align: center;">上記のとおり流産、死産(ヶ月)であることを証明します。</p> <p style="text-align: right;">年 月 日</p> <p style="text-align: center;">住所</p> <p style="text-align: center;">氏名 (印)</p>				
確 認	<p>1. 住民異動届による</p> <p>2.</p> <p style="text-align: center;">確認者氏名 (印)</p>				