

出 産 育 児 一 時 金 差 額 請 求 書

被 保 険 者 記 号 ・ 番 号		柏 国
被 保 険 者 氏 名		
被 保 険 者 生 年 月 日		
分 べ ん 年 月 日		
一時金 出産育児	支 給 額	円
	代 理 受 取 額	円
請 求 額		円

上記のとおり、請求します。

振込先	名 称	銀行・信用金庫・農協			本店・支店
	口 座 番 号		口座種別	普通・当座・()	
	口座名義人(力ナ)				
	口座名義人(漢字)				

令和 年 月 日
柏原市長 様

世帯主 住所 _____
氏名 _____ (印) 連絡先 _____

委任状欄		※振込先が世帯主名義の口座でない場合に必要です。
当該出産育児一時金差額の受領を下記の代理人に委任します。		
代理人	住所	
	氏名	連絡先

(注) 本人確認書類、被保険者の資格に係る情報が確認できる書類、出産したことを証明する書類、出産した場所(病院等)が分かる書類及び同一の出産について、出産育児一時金の支給を別途申請していないことを示す書類を添えてください。