

国民健康保険出産育児一時金支給申請書

支給額 円

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

世帯主住所

氏名

個人番号

電話番号

柏原市長 富宅 正浩 殿

受取口座	<input type="checkbox"/> 公金受取口座を利用する (利用する場合は口座情報の記入不要) <input type="checkbox"/> 振込口座を指定する。						
振込先	金融機関					支店名	
	口座種別	普通・当座・その他 ()				(フリガナ)	
	口座番号					口座名義人	
被保険者 記号・番号	柏国				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	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
出産の 週(日)数							

世帯主以外の方が受領する場合は、下記の委任状を記入してください。

委任状

年 月 日

国民健康保険出産育児一時金の受領を下記代理人に委任します。

世帯主氏名 _____

代理人住所 _____

代理人氏名 _____ 個人番号 _____

確認	1.住民異動による			
	2.産科医療補償制度の有無	有	・	無
	3.差額支給申請の場合 代理受領額	円	差額申請額	
	4.その他			