

国民健康保険 出産育児一時金 支給申請書

申請日 年 月 日

徳之島町長 様

申 請 者 (世帯主)	住 所	徳之島町		
	氏 名	印		
	連 絡 先	— —	個 人 番 号	

次のとおり、国民健康保険出産育児一時金を申請します。

被 保 険 者 証 番 号		徳 国 保		
出産をした 被 保 険 者	氏 名		個 人 番 号	
	生年月日	年 月 日	世帯主との続柄	
出産した医療機関等		病院・産婦人科・診療所・助産所		
出 産 年 月 日		年 月 日	人 数	
振 込 先	金 融 機 関 名	本 店 ・ 支 店 名	口 座 番 号	
			種 目 : 普 通 ・ 当 座 ・ そ の 他	
	金融機関コード	店舗コード	口 座 名 義 人 (カ タ カ ナ)	
受 領 委 任 状 (世帯主と振込先口座名義人が異なる場合は記入をしてください。)				
この給付の受領を、				
(口座名義人住所) ☐ 世帯主と同じ (口座名義人氏名)				
住所 _____ 氏名 _____ に委任します。				
申請者 (世帯主) _____				

(町処理欄)

受 付 番 号		確 認 事 項	直 接 支 払 制 度	利 用 ・ 利 用 無	
出産育児一時金①	円		産 科 医 療 補 償 制 度	該 当 ・ 非 該 当	
出 産 費 用 ②	円		領 収 書	有 ・ 無	
差引支給額①－②	円		医療機関との合意文書	有 ・ 無	
課 長	課 長 補 佐	主 幹	係 長	主 査 ・ 主 任	係