

支給決議	課長	班長	担当	支給額	出産費総額	支給決定額
				円	円	円

国民健康保険出産育児一時金支給申請書

被保険者証番号		出生児の氏名	カナ	性別	男・女	続柄	
分娩者名	カナ	分娩年月日	年 月 日				
分娩の種類	正常 ・ 早産 ・ 流産 ・ 死産						

上記のとおり申請します。

年 月 日

世帯主(届出人)

住 所 潟上市

氏 名

印

電話番号

潟上市長

様

申請委任欄

本申請を届出人に委任します。

世帯主

住 所

氏 名

印

支払金融機関名	支店名	口座番号	口座名義人
			カナ

受取代理人欄	本申請に基づく給付金の受領を代理人に委任します。	年 月 日
	世帯主氏名	印
	代理人の氏名	代理人の住所
	印	

受付者		届出人確認欄	
-----	--	--------	--