

国民健康保険 出産育児一時金請求書

年 月 日

岐南町長 宛

下記のとおり支給金額を請求します。

住 所 _____

請求者 (世帯主) 氏 名 _____ ⑩

個人番号 _____ 電話 [] -

被保険者証の 記 号 番 号		出産した被保 険者の氏名	
		個 人 番 号	
出産児氏名		生 年 月 日	
性 別	男 ・ 女	続 柄	
支 給 金 額	円		
備 考	死産及び妊娠中絶等の場合はその月数 妊 娠 月		

振込先 (いずれか を選んで 記入して ください。)	金融機関 (ゆうちょ銀行を除く)	銀行・金庫 農協・組合		本 店 支 店 出張所										
		1 普通	預金通帳の口座番号 (右詰で記入してください)	口座名義人 (フリガナ)										
		2 当座												
	ゆうちょ銀行 (郵便局)	通帳記号	通帳番号(右詰で記入してください)											
		1		0	-									

※ 世帯主と口座名義人が異なる場合、上記名義人の口座への振込みを承諾します。

世帯主 氏名

⑩