国民健康保険

**出産育児一時金支給申請書**

　　年　　月　　日

石　川　町　長　　様

住　所：

世帯主 氏　名：　　　　　　　　　　　　　　　㊞

電　話：　　　　　（　　　　）

　　次のとおり申請します。

|  |
| --- |
| 分べん医療機関等の名称 |
| 分べん者 | 被保険者証の記号番号 | 島67 | 出産育児一時金 | 円 |
| 氏　名 | 医療機関等への直接支払額 | 円 |
| 支給申請金額 | 円 |
| 出　生　児 | 氏　名 | 死(流)産の場合 | 妊 娠 週 数満　　　　週 |
| 出　生　年　月　日年　　　月　　　日 生 | 死(流)産年月日年　　月　　日 |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 右の預金口座へ振り込んでください。 | 振　込　先金融機関名 | 銀行・信金農協・信組　　　　　　　　　　支店 |
| 口座種別 | 普通　・　当座 | 口座番号 |  |  |  |  |  |  |  |
| （フリガナ） |  |
| 口座名義人 |  |
| 委　任　状 | 受任者 住所　　　 氏名 |  |  |
|  | ・医療費領収書(写)・出産育児一時金明細書(写)・通帳(写) |
| 　支給申請金額の受領を上記の者に委任します。年　　　月　　　日世帯主 氏名　　　　　　　　　　　　　　㊞ |  | 受　付　印 |