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 | | | | | |