

国民健康保険出産育児一時金支給申請書

										整理番号							
出産者	被保険者証 記号番号	阿賀								① 申請金額	¥	4	2	0	0	0	0
	氏名									② 医療機関の 代理受取額	¥						
	生年月日	昭・平	年	月	日				①-② 世帯主への支給額	¥							
出生児	氏名									直接支払制度・受取代理 制度の利用の有無		直接支払 ・ 受取代理 ・ 利用無し					
	世帯主との 続柄									の死 産場・流 合産	妊娠期間	満 週					
	出産年月日	平成	年	月	日				死(流)産年月日		平成	年	年	日			
出産した医療機関 の名称及び所在地	名称																
	所在地																

振込先金融機関	銀行・労働金庫 本店														
	農協・信用組合 支店														
信用金庫 出張所															
口座種別	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座		口座番号												
口座名義	フリガナ														
	漢 字														

委任状〔申請者（世帯主）以外の口座への振込を希望する場合に記入・押印してください。〕

受任者住所 _____

受任者氏名 _____ ㊟ (申請者との続柄: _____)

支給される金額の受領を上記の者に委任します。

委任者（世帯主）
氏 _____ 名 _____ ㊟

上記のとおり出産育児一時金の支給を申請します。

平成 年 月 日

阿賀町長 様

住 所 _____
申請者
(世帯主) 氏 名 _____
電 話 番 号 _____

受付印

国民健康保険出産育児一時金支給申請書

										整理番号																
出産者	被保険者証 記号番号	阿賀	0	0	0	0	0	0	0	1	① 申請金額	¥	4	2	0	0	0	0								
	氏名	阿賀 花子										② 医療機関の 代理受取額	¥	4	0	0	0	0	0							
	生年月日	昭	平	60	年	1	月	1	日											①-② 世帯主への支給額	¥		2	0	0	0
出生児	氏名	阿賀 花美										直接支払制度・受取代理 制度の利用の有無		(直接支払)・受取代理・利用無し												
	世帯主との 続柄	子の子										の死産 場・流 合産	妊娠期間	満 週												
	出産年月日	平成	28	年	1	月	11	日											死(流)産年月日	平成	年	年	日			
出産した医療機関 の名称及び所在地	名称	■■病院																								
	所在地	新潟市中央区●●●番地																								

振込先金融機関	銀行・労働金庫 本店 ◆◆◆ 農協・信用組合 ▲▲▲ 支店 信用金庫 出張所															
口座種別	<input checked="" type="checkbox"/> 普通	<input type="checkbox"/> 当座	口座番号	0	0	1	2	3	4	5						
口座名義	フリガナ	アガ タロウ														
	漢字	阿賀 太郎														

委任状〔申請者（世帯主）以外の口座への振込を希望する場合に記入・押印してください。〕

受任者住所 _____

受任者氏名 _____ (申請者との続柄: _____)

支給される金額の受領を上記の者に委任し

委任者（世帯主）
氏名 _____

申請者と口座名義人が違う場合は、受任者欄に口座名義人の住所、氏名を、委任者欄に申請者の氏名を記入し、別々の印鑑を押印してください。

上記のとおり出産育児一時金の支給を希望します。

平成 28 年 1 月 20 日

阿賀町長 様

住所 阿賀町津川580番地

氏名 阿賀 太郎

電話番号 0254-92-5761

受付印
