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		死産・流産の場合　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 農協・信用組合 信用金庫	本　店 支　店 出張所							
口座種別	□ 普通　□ 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

申請者（世帯主）
住　　所
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 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	死産・流産の場合　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 農協・信用組合 信用金庫	▲▲▲	本　店 [✓ 支　店] 出張所
口座種別	☑ 普通　☐ 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

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

平成　２８　年　１　月　２０　日

阿賀町長　様

申請者
（世帯主）

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