

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 産	妊娠期間	満 週					
	出産年月日	令和	年		月		日		死（流）産年月日		令和	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 _____ 印 (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 _____ 印 _____

上記のとおり出産育児一時金の支給を申請します。

令和 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	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・流産 合産	妊娠期間	満 週					
	出産年月日	令和 元年 5月 1日									死（流）産年月日	令和		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。

令和 元年 5 月 1 日

阿賀町長 様

住 所 阿賀町津川580番地

申請者
(世帯主) 氏 名 阿賀 太郎

電 話 番 号 0254-92-5761

受付印