

国民健康保険出産育児一時金支給申請書

※死産の場合は医師又は助産師の証明が必要です。

		受付年月日		入力		受付		
		.						
		支給年月日						
		.						
被 保 険 者 の 記 入 欄								
申 請 金 額		円		希望受取方法 (該当番号を○で囲んで下さい。)				
被 保 険 者 記 号 ・ 番 号		さ せ ぼ		1. 振込 2. 窓口				
分 娩 者 の 氏 名 生 年 月 日		氏 名		振込先 銀行 本店 農協 支店 信用金庫 信用組合				
出 生 児 の 氏 名 生 年 月 日		氏 名		預 金 番 号		1. 普通 2. 当座 3. 貯蓄		
				口 座 番 号				
				口座名義人氏名 (カタカナで記入してください)				
上記のとおり申請します。 年 月 日 住 所 佐世保市 町 番 号 申請者 氏 名 個人番号 (電話 — —) 佐世保市長 様								
※死産の場合	分娩年月日		年 月 日		妊娠 第 週		死産	
	上記のとおり相違ないことを証明する。 年 月 日 医療施設所在地・名称 医師 又は 助産師名							
委任状	私は を代理人と定め次の権限を委任する。 佐世保市国民健康保険から支給される出産育児一時金の受領に関する一切の行為 年 月 日 委任者 住所 氏名 受任者 住所 委任者との関係 氏名 (電話 — —) 佐世保市長 様							