様式１

国民健康保険出産育児一時金支給申請書

受付年月日	入力	受付
．　．		
支給年月日		
．　．		

※死産の場合は医師又は助産師の証明が必要です。

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。） １．振込　　２．窓口	
被保険者記号・番号	させぼ	**振込先** 銀行 農協　本店 信用金庫　支店 信用組合	
分娩者の氏名 生年月日	氏名 年　月　日生		
出生児の氏名 生年月日	氏名 年　月　日生	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　丁目　番　号

世帯主　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