

受付印

国民健康保険出産育児一時金支給申請書

被保険者番号				
出産した被保険者	氏名		出産年月日	年 月 日
出産の種別 (該当する□をチェックしてください。)		<input type="checkbox"/> 出産 <input type="checkbox"/> 死産等		
出産児	氏名		申請者との続柄	
支給額	¥			

※出産児の氏名は、死産、流産又は人工妊娠中絶の場合は、記載は不要です。

尾道市長 様

上記のとおり出産育児一時金の支給を申請します。

年 月 日

申請者 (世帯主)	住所	尾道市 丁目 番 号									
	氏名										
	電話番号										
振込先口座	金融機関 〔ゆうちょ銀行以外〕	銀行・金庫 組合・農協					支店・支所 出張所				
		預金種別	1 普通 2 当座		口座番号						
	口座名義カタカナ										
	ゆうちょ銀行	記号			番号						
口座名義カタカナ											

※世帯主の振込先口座を記入してください。

※健康保険(本人)資格(被保険者期間1年以上)喪失後6か月以内の分娩は、前保険者へ申請してください。