

国民健康保険出産育児一時金支給申請書

一金 円也

上記金額を支給されるよう申請します。

ただし下記内訳のとおり

年 月 日

申請者住所

氏名 印 個人番号

福岡県大野城市長

受 取 口 座	☐ 公金受取口座を利用する（利用する場合は口座情報の記入不要）。 ☐ 振込口座を指定する。				
振 込 先	金融機関		(フリガナ) 口座名義人		
	口座種別	普通・当座・その他（ ）	口座番号		
被 保 険 者 記 号 番 号			世帯主氏名		
出産した被 保険者氏名			個人番号	世 帯 主 との続柄	
出 産 の 年 月 日	年 月 日	支払種別 (出生前の請求は、 貸付となります。)	支 給 ・ 貸 付		
出産の種類	正常、早産(か月) 流産(か月) 死産(か月)				
出産に立会っ た医師又は助 産師の証明	証 明 書 上記のとおり流産、死産(か月)であることを証明します。 年 月 日 住所 氏名 印				
確 認	1. 住民異動届による 2. 確認者氏名				