|  |
| --- |
| 様式第２号（第３条関係） |
|  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 国民健康保険出産育児一時金支給申請書   |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | 申請金額 | ￥ |  |  |  |  |  | | | | | | | | |
| 内訳  出産育児一時金 | 被保険者証の　　　記号・番号 | 美幌 | | 出産者の | | |  |
|  | 氏　　名 | |
| 生年月日 | | 年　　月　　日生 |
| 個人番号 | |  |
| 出産年月日 | 年　　月　　日 | | 出産の種別 | | | １　生産　　２　早産  ３　死産　　４　流産 |
| 振込先銀行等 | | | 口座番号 | | | 口座名義人 | |
| 銀行　　　　店 | | |  | | |  | |
| 上記のとおり支給申請します。  　　　　　年　　月　　日  申請者　　　住所　美幌町字  　　（世帯主名）  氏名  　 　　　 　TEL  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　個人番号  美幌町長　　　　　　　　　　様 | | | | | | | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ※  事由発生事実  確認書類 | １　　　　　年　　月　　日届出の国民健康保険被保険者異動届  ２　　　　　年　　月　　日付の出生通知書  ３　　　　　年　　月　　日届出の死産届  ４　母子手帳  ５　その他の証明書（添付） | |
|  |

出産医療機関名

資格取得日　　　　　年　　　月　　　日