|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 　様式第４号 | 受付番号 |  |

|  |
| --- |
| 　　　年　　月　　日　　　　　　　　　　　　　　　殿宇美町長　　木　原　　　忠宇美町国民健康保険出産育児一時金支給決定通知書 |
|  | 被保険者番号 |  |  |
| 世　帯　主住所・氏名 | （住所）（氏名） | 分娩者氏名 |  |  |
| 出生児氏名 |  |
| 医療機関等の名称及び所在地 | 名　称 |  |
| 所在地 |  |
| 　　支給決定額

|  |
| --- |
| 円 |

　　　　　　　振込日　　　　　年　　　月　　　日　　上記のとおり支給決定しましたので通知します。 |
|  |