|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 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。 | | | | | | |
|  | | | | | | | | |