

国民健康保険出産育児一時金支給申請書

金 _____ 円也

上記の金額を下記により申請します。

令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日
申請者(世帯主) 住 所 岐阜県揖斐郡池田町
氏 名
電話番号

池田町長 様

記

被保険者番号	—	個人番号			
		出産した被保険者の氏名			
出産年月日	令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日	世帯主の氏名			
出産児氏名		性別	男 ・ 女	世帯主との続柄	

備考	死産及び妊娠中絶等の場合はその月数 妊娠 _____ 月
----	-------------------------------------

証明	上記のとおり相違ないことを証明します。 令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日
----	---

口座振込指定場所	<input type="checkbox"/> 世帯主の公金受取口座を利用する 注) 世帯主以外の口座を指定する場合は、必ず口座情報をご記入ください。 ※公金受取口座への振込を希望する場合、個人番号を基に情報照会を行うことに同意したものとみなします。 ※公金受取口座への振込を希望し、上記にチェックを入れた場合は、以下の金融機関情報について記載の必要はありませんが、記載があった場合には、以下の金融機関への振込を優先します。				
	金融機関名		口座番号	種別	フリガナ義
	銀行 金庫 農協	本店 支店		普通 ・ 当座	