

# 出産育児一時金支給申請書

年 月 日

川場村長 様

住所  
世帯主 氏名 (印)  
電話番号

下記のとおり川場村国民健康保険保険給付に関する規則第2条の規定により、出産育児一時金の支給を申請いたします。

支給申請金額	円		
分べん者の氏名		被保険者証 記号番号	
生年月日	年 月 日生	個人番号	
出産年月日	年 月 日	分べんの種類	正常・死産(ヵ月)
出産児氏名	男 女	世帯主と出産児 との続柄	
出産した 医療機関名等			
振込先	金融機関名	銀行・農協 信用金庫・信用組合	本店 支店
	口座番号		預金種類 1 普通 2 その他 ( )
	フリガナ		
	口座名義人		

※世帯主以外の方の口座に振込を希望される場合は、次の受取委任の欄に記入してください。

本請求に基づく給付金の受領に関する権限を代理人に委任します。	
年 月 日	
世帯主	住所 氏名 (印)
代理人	住所 氏名 (印)