

課 長	課長補佐	係 長	係

様式第3号（第17条関係）

国民健康保険出産育児一時金支給申請書

委任払申請の有無		有 ・ 無	
記号番号 金国一		出産年月日	令和 年 月 日
出産した被保険者氏名及び 生年月日		氏 名： _____ 昭和・平成・令和 年 月 日生	
種 類	正常 早産 流産 死産		
上記により出産育児一時金 _____ 円の支給を申請しますので、下記口座へ振り込んでください。 金武町長 殿 令和 年 月 日 住 所 世帯主名 電話番号			
事 実 確 認	母子手帳番号	第 号	
	出 生 届	令和 年 月 日	

委任払受付番号 第 号 (委任払適用者のみ)		振 込 先	金融機関名	
出産育児一時金申請額 ①	円		支 店 名	
委任払額 ②	円		口 座 種 別	普通・当座
差 引 支 給 額 ①—②＝	円		口 座 番 号	
			フリガナ口座名義人	