

大洲市国民健康保険出産育児一時金支給申請書

被保険者証記号番号											
出産した被保険者	氏名									個人番号	
	生年月日	年	月	日生	世帯主との続柄						
出産児氏名										性別	
出産年月日		年 月 日								資格確認 ※ 記入しないでください。 出産 死産 (第 週) 1 母子健康手帳 2 戸籍・住基 3 その他 ()	
出産保険医療機関等名											
出産育児一時金の支給決定額 ①		円									
医療機関における代理受取額 ②		円									
出産育児一時金の支給申請額 (①-②)		円									
振込先金融機関名及び口座		<input type="checkbox"/> 公金受取口座を利用する (利用する場合は口座情報の記入不要) <small>公金受取口座を登録していない方は、マイナポータルから簡単に登録いただけます。通帳等の写しの提出も不要になります。</small>									
		<input type="checkbox"/> 振込口座を指定する									
		銀行 農協 金庫					支店 支所 出張所				
		口座番号					口座名義人				
		普通 当座									刀がナ 氏名
上記のとおり出産育児一時金の支給を申請します。 <div style="text-align: right;">年 月 日</div> 大洲市長 様 世帯主 住所 氏名 個人番号 連絡先(電話) ()											