

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)						
出産保険医療機関等名					1 母子健康手帳						
出産育児一時金の支給決定額 ①	円				2 戸籍・住基						
医療機関における代理受取額 ②	円				3 その他 ()						
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				支店			
				農協				支所			
			金庫				出張所				
			口座番号				口座名義人				
普通当座							カガナ	氏名			
上記のとおり出産育児一時金の支給を申請します。 大洲市長 様 世帯主 住所 氏名 個人番号 連絡先(電話) ()											