

# 国民健康保険 出産育児一時金 支給申請書

請求金額		金		円也													
被保険者証番号																	
出産者の氏名																	
分娩年月日	令和	年	月	日													
赤ちゃんの氏名																	
上記のとおり申請します。																	
令和 年 月 日																	
〒 -																	
世帯主の住所 _____																	
棟 号																	
世帯主名 _____																	
電話 - -																	
半田市長 様		個人番号		<table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> </table>													
出産育児一時金を次の口座へ振り込んでください。																	
金融機関	金融機関名	支店名		口座番号													
	銀行 信金 農協 労金	本店  支店		普  当													
ゆうちょ 銀行	※記号（5けた） と 番号（8けた） をご記入ください。																
口座 名義人	(フリガナ)																

住民基本台帳等で世帯主等の個人番号を確認することに同意します。

(注) 他の社会保険等から支給される場合は対象外となります。

確認 ①	1. 住 基
	2. 母子手帳
	3. 死胎火葬許可書

確認 ②	納付状況	
	産科医療補償制度登録	有・無
	合意文書の写し	
	領収・明細書の写し	

受付者	
-----	--