

国民健康保険出産育児一時金支給申請書

被保険者記号・番 号	21—	申請金額	円		
分娩者の資格 取得年月日	年 月 日	分娩の年月日	年 月 日		
分娩した者の 氏名及び 生年月日	氏名			世帯主と の続柄	
	個人番号				
	生年月日	年 月 日			
出生児の氏名			世帯主と の続柄		
助産院又は 病院等の所在 地及び名称	所在地			死産である ときはその 旨	
	名称				
<p>八千代市国民健康保険規則第43条第1項の規定により、上記のとおり申請します。</p> <p>令和 年 月 日</p> <p style="text-align: right;">住 所 世帯主 氏 名 個人番号 電 話 ()</p> <p>(宛先) 八千代市長</p>					
<p>【振込口座依頼書】 (以下の①又は②のいずれか希望する振込口座の□にチェックを入れてください。)</p> <p>① <input type="checkbox"/> 世帯主の公金受取口座を利用します。</p> <p>② <input type="checkbox"/> 以下の口座に振込を依頼します。</p>					
振込先	銀行・金庫 組合・農協		本店・支店	預金種目	口座番号
				1 普通 2 当座	
口座名義人	フリガナ		(受領を委任する場合) 左記口座名義人に支給額の受領を委任します。 世帯主氏名		
なお、振込済みをもって受領したものとします。					

注 会社などの健康保険に1年以上加入し、退職後6か月以内に本人が出産した場合は、在職当時の健康保険から出産育児一時金が支給されますので、国民健康保険からの出産育児一時金は支給されません。

決	課長	補佐	副主幹	主査	担当
裁	令和 年 月 日				

確認及び処理欄			
保険証	母子手帳	支給年月日	その他
		.	