

北上市長 様

申請者 住 所
(世帯主)
氏 名

(電話)

国民健康保険出産育児一時金支給申請書

次のとおり、出産育児一時金の支給を受けたいので申請します。

被保険者証 記号番号				
出産した 被保険者氏名	出 産 年 月 日	令和	年 月 日	
個人番号	世帯主 との続柄			
申請金額	円			
受領 方法	<input type="checkbox"/> 公金受取口座を利用する（口座情報の記入は不要です） <input type="checkbox"/> 振込口座を指定する（口座情報を記入してください）			
	口座振替 受領	銀行 本店 信金 支店 農協 支所 労金 出張所	口座番号	普通 当 座
			ふりがな 口座名義人	
	窓口受領			
受領委任欄	出産育児一時金の受領を、次の者に委任します。 住 所 受任者 氏 名 委任者 世帯主氏名 ㊟			

※ 産科医療補償制度に加入する医療機関等の医学的管理下において在胎週数22週に達した日以後に出産した場合
支給額に掛金が加算されます。