

# 国民健康保険出産育児一時金支給申請書

支給額 円

上記金額を支給されるよう申請します。

ただし下記内訳のとおり

年 月 日

世帯主住所 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_ 個人番号 \_\_\_\_\_

電話番号 \_\_\_\_\_ 印西市長 宛

|                                  |                                                                                                |              |                                              |             |  |  |
|----------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------|----------------------------------------------|-------------|--|--|
| 受取口座                             | <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）。<br><input type="checkbox"/> 振込口座を指定する。 |              |                                              |             |  |  |
| 振込先                              | 金融機関                                                                                           |              | (フリガナ)                                       |             |  |  |
|                                  |                                                                                                |              | 口座名義人                                        |             |  |  |
|                                  | 口座種別                                                                                           | 普通・当座・その他（ ） |                                              | 口座番号        |  |  |
| 被保険者<br>記号・番号                    |                                                                                                |              | 世帯主氏名                                        |             |  |  |
| 出産した被<br>保険者氏名                   |                                                                                                |              | 個人番号                                         | 世帯主<br>との続柄 |  |  |
|                                  |                                                                                                |              |                                              |             |  |  |
| 出産の<br>年月日                       | 年 月 日                                                                                          |              | 支払種別<br><small>生前の請求は、<br/>貸付となります。）</small> | 支給・貸付       |  |  |
| 出産の<br>週（日）数                     | 週（ 日）                                                                                          |              |                                              |             |  |  |
| 世帯主以外の方が受領する場合は、下記の委任状を記入してください。 |                                                                                                |              |                                              |             |  |  |
| 委任状 年 月 日                        |                                                                                                |              |                                              |             |  |  |
| 国民健康保険出産育児一時金の受領を下記の代理人に委任します。   |                                                                                                |              |                                              |             |  |  |
| 世帯主氏名 _____                      |                                                                                                |              |                                              |             |  |  |
| 代理人住所 _____                      |                                                                                                |              |                                              |             |  |  |
| 代理人氏名 _____ 個人番号 _____           |                                                                                                |              |                                              |             |  |  |
| 確認                               | 1. 住民異動届による<br>2. 確認者氏名 _____                                                                  |              |                                              |             |  |  |