

第 2 号様式（第 1 9 条）

国民健康保険出産育児一時金支給申請書

被 保 険 者 号 記 号 ・ 番 号		印 ー		
分娩した者	氏 名		世 帯 主 との 続 柄	
	生 年 月 日	年 月 日		
	個 人 番 号			
分 娩 の 年 月 日		年 月 日		
分 娩 の 種 類		生産 ・ 死産（妊娠 週）		
生 ま れ た 子 の 名 氏			世 帯 主 との 続 柄	
産 院 等 の 所 在 地 称 及 び 名				
上記のとおり、印西市国民健康保険条例施行規則第19条の規定により申請します。				
年 月 日				
世帯主 住 所 氏 名 個人番号 電 話				
(あて先)印西市長				

振込金融機関	本(支)店名	預金種別	口座番号	名義人(フリガナ)
		1 普通 2 当座		