

第2号様式（第19条）

国民健康保険出産育児一時金支給申請書

|  |         |                     |                 |
|--|---------|---------------------|-----------------|
| 被 保 険 者 証 号<br>記 号 番 号   |         | 印 一                 |                 |
| 分娩した者  | 氏 名     |                     | 世 帯 主<br>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<br>氏   |         |                     | 世 帯 主<br>との 続 柄 |
| 産 院 等 の 所 在 地 称<br>及 び   |         |                     |                 |
| <p>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。</p> <p>年 月 日</p> <p>住 所</p> <p>氏 名</p> <p>世帯主 個人番号</p> <p>電 話</p> <p>(あて先)印西市長</p> |         |                     |                 |

| 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<br>2 当座 |      |           |