

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 記 号 番 号		印 一	
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			
<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 2 当座		