

国民健康保険出産育児一時金支給申請書

令和 元年 5月 25 日

まんのう町長

様

申請者(世帯主) 住 所 まんのう町 吉野下430番地

氏 名 国 保 太 郎 (印)

連絡先 電話 73-0124

次のとおり出産育児一時金の支給を申請します。

被 保 険 者 証 記 号 番 号	香川 48 1234567	世 帯 主 氏 名	国 保 太 郎
支給申請金額	0,000 円	出 産 を し た 被保険者の氏名	国 保 花 子
出産した年月日	令和 元年 5 月 1 日	資格取得年月日	昭和 平成 令和 18 年 3 月 20 日
出生児の氏名 (人 数)	国 保 小 次 郎 (1 人)		
出 産 の 種 類	☒ 出産(22週以上) ・ ☐ 早産(週) ・ ☐ 死産(週)		

※ 国民健康保険以外の健康保険から出産育児一時金に相当する給付を受ける資格のある方は、支給
まんのう町国民健康保険条例に基づき、世帯主様名義の口座でお願いいたします。

出産育児一時金を下記の口座に振り込んでください。

口 座 振 込 依 頼 欄	まんのう 銀行 農協 信金 信組	まんのう 本店 支店 支所 出張所	種 目	口 座 番 号							
	金融機関コード		1. 普通	0	0	0	0	0	0	0	
	店舗コード			2. 当座							
	フリガナ		コ ク ホ タ ロ ウ								
	口座名義人		国 保 太 郎								

以下の欄には、記入しないでください。

処理欄	令和 年 月 日	昭和・平成・令和 年 月 日 資格取得(社保離脱後6ヵ月以上の出産)		確認欄
	(出生届・住民票・)にて確認	令和 年 月 日 資格喪失		
受取代理確認欄 有 ・ 無	医療機関名	支払額 円	支 払 令和 年 月 日	

※ 出産の日が、資格取得後6ヵ月未満の場合、社保離脱、転入前住所地などで確認すること。