

様式第9号(第10条関係)

国民健康保険出産育児一時金支給申請書

| | | | |
|--|-------------------|--------------------|--|
| 被 保 険 者 記 号 ・ 番 号 | 井み | | |
| 出 産 を し た 被 保 険 者 の 氏 名 及 び 生 年 月 日 | (個人番号) 年 月 日 生 | 世帯主 と 続 柄 | |
| 申 請 金 額 | 円 | | |
| 出 産 年 月 日 | 年 月 日 | | |
| 出 生 児 の 氏 名 等 | | 世帯主との 続 柄 | |
| 生 産 ・ 死 産 の 別 | 生 産 ・ 死 産 (妊 娠 週) | | |
| 出 産 し た 病 院 、 診 療 所 助 産 所 の 名 称 、 所 在 地 | 名 称 | | |
| | 所 在 地 | | |
| 上記のとおり申請します。 年 月 日 申請者(世帯主) 住 所 南越前町 第 号 番地 氏 名 印 (個人番号) 南越前町長 様 電 話 | | | |

| | | | | |
|---------------------------------|--------------------|------------------------------|------|--|
| 支 払 場 所 の 指 定 | 支 払 指 定 金 融 機 関 | 銀 行 金 庫 農 協 本 店 支 店 | | |
| | 預 金 種 別 | 普通・当座 | 口座番号 | |
| | 口 座 名 義 | | フリガナ | |

※ この欄には記入しないでください。

| | | |
|----------------------------|--------|--|
| 戸 籍 係 の 確 認 | 生 産 | 住民登録 年 月 日 の届出のあった事を証明する。 戸 籍 印 |
| | 死 産 | 年 月 日 死産の届出のあった事を証明する。 印 |

