

国民健康保険出産育児一時金支払依頼書（支給申請書）

被保険者証記号番号		琴浦									
出産した被保険者	個人番号										
	氏名										
	申請者との続柄				生年月日			年 月 日生			
出生児の氏名											
出産年月日		年 月 日									
出産の種類		出産・死産（妊娠週）									
添付書類		<input type="checkbox"/> 直接支払制度合意文書 <input type="checkbox"/> 医療機関等が発行する出産費用明細書 （「産科医療補償制度」の加入医療機関で出産された場合はその記載のあるもの）									
出産育児一時金		出産費用（直接払）					差額支給額				
円		円					円				

上記のとおり出産育児一時金の支給を申請します。なお、支払いについては次の口座に振り込んでください。

年 月 日

住所

申請者(世帯主) 氏名

印

電話 ()

個人番号

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

琴浦町長 様

振込先金融機関名													預金種目			
銀行 信用金庫			農協 信組 ()			本店 (所)			支店 (所)			出張所			1 普通	
金融機関コード			店番号												2 当座	
口座番号 (右詰めでご記入ください。)						フリガナ										
						口座名義										
委任状 (申請者以外の口座に振り込む場合に記入が必要です)																
委任する事項		国民健康保険出産育児一時金の受領に関する一切の権限														
委任者		住所						委任年月日								
(申請者)		氏名 印						年 月 日								
受任者		住所						委任者との続柄								
(口座名義人)		氏名 印														