

# 国民健康保険 出産育児一時金 請求書

阿南町長 様

年 月 日

請求者（世帯主）

窓口に来た方

住 所

※ 世帯主の場合、記入は不要です。

氏 名

氏 名

個人番号

世帯主と

電 話

の 続 柄

下記のとおり請求します。

被 保 険 者 の 記 号 番 号				
分娩(出産)した 被 保 険 者	氏 名		世帯主との続柄	
	生年月日	年 月 日		
	個人番号			
分 娩 年 月 日	年 月 日	分 娩 等 の 種 類	正常 ・ 早産 ( ヶ月 ) 流産 ( ヶ月 ) ・ 死産 ( ヶ月 )	
出 産 児 氏 名	(死産・流産・人工妊娠中絶等の場合、記載は不要です)		世帯主との続柄	
請 求 額	円			
振 込 先 金 融 機 関	<input type="checkbox"/> <u>公金受取口座を利用する</u> (利用する場合は口座情報の記入不要) 公金受取口座を登録していない方は、マイナポータルから簡単に登録 いただけます。通帳等の写しの提出も不要になります。			<input type="checkbox"/> 振込口座を指定する
	銀 行	本 店	口座の種類	1 普通 2 当座 3 その他 ( )
	信用組合	支 店	口 座 番 号	
	信用金庫	支 所	フリガナ	
	農 協	出張所	口座名義人	
委 任 状	(請求者と口座名義人が相違する場合は、下記に記名・押印してください。) 国民健康保険出産育児一時金の受領について、上記の口座名義人に委任いたします。  請求者（世帯主） 氏名 _____ 印			

分 娩 の 事 実 の 証 明	上記のとおり出生のあったことを確認します。  住民登録事務担当者  印
--------------------	---