

様式第2号(第5条関係)

## 国民健康保険出産育児一時金交付申請書

被保険者記号番号	分娩者氏名	生 年 月 日	世帯主との続柄			
奈27		昭・平 年 月 日				
分娩年月日	平成 年 月 日	生産死産の別		生産・死産		
分娩の場所						
生産の場合	出生児氏名		男・女	世帯主との続柄		
	分娩を介助した医師又は助産婦	住 所				
		氏 名				
死産の場合の証明	分娩を介助した医師又は助産婦	死産( 月)したことを証明する				
		平成 年 月 日				
		住 所				
		氏 名				
<p>上記により出産育児一時金390,000円(産科医療保障制度加入機関対象420,000円)と                  出産費用 円の差額分 円を支給されたく申請します。</p> <p style="text-align: center;">平成 年 月 日</p> <p>明日香村長 様</p> <p style="text-align: center;">世帯主の住所 明日香村大字 氏名 <span style="float: right;">印</span></p> <p style="text-align: center;">電話番号 0744-54-</p>						
<p>上記申請により国民健康保険から支給を受ける金額の受領を 委任します。</p> <p style="text-align: center;">平成 年 月 日</p> <p>明日香村長 様</p> <p style="text-align: center;">世帯主の住所 明日香村大字 氏名 <span style="float: right;">印</span></p>						
振込口座	金融機関名	支店名	口座	口座番号(右詰め)		名義人
			当座 普通			ふりがな( )