

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	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 年 月 日			
		住所			
		氏名			
<p>上記より出産育児一時金404,000円(産科医療保険制度加入期間対象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;">年 月 日</p> <p>明日香村長 様</p> <p style="text-align: right;">世帯主の住所 明日香村大字 氏名 (印)</p> <p style="text-align: right;">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 に委任します。</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p>明日香村長 様</p> <p style="text-align: right;">世帯主の住所 明日香村大字 氏名 (印)</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()