

受付確認印
*

\* 分娩者が国保被保険者であることの確認

国民健康保険出産育児一時金支給申請書							
被 保 険 者	氏名						
	生年月日	年	月	日			
	被保険者証	記号	番号				
	分娩の種類	生産	死産	流産	在胎週数	週	
	分娩日	年	月	日			
世 帯 主 の 口 座 情 報	金融機関名	銀行・信用金庫・農協					
	支店名				支店		
	種別	1 普通	2 当座	フリガナ			
	口座番号			名義人			
<p>別紙の書類を添えて、上記のとおり</p> <p><input type="checkbox"/> 出産育児一時金(直接支払制度利用の場合を除く)</p> <p><input type="checkbox"/> 直接支払制度利用に伴う差額 _____ を申請します。</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <hr/> <p>申請者(世帯主) _____ 円</p> <p style="margin-left: 150px;">住 所 _____</p> <hr/> <p style="margin-left: 150px;">氏 名 _____</p> <p style="margin-left: 150px;">被保険者との続柄 _____</p> <p style="margin-left: 150px;">電話番号 _____ - _____</p> <hr/> <p>(宛先) 向日市長</p>							
					<table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 50%;">受付者</td> <td></td> </tr> </table>	受付者	
受付者							