

(別記様式第1号)

国民健康保険出産育児一時金支給申請書

一金 420,000 円也

上記金額の支給を申請します。

年 月 日

住 所

申請者

氏 名

印

上富良野町長 様

内 訳

被保険者証の 記号及び番号	上富良野	世帯主氏名	
出産した被保 険者の氏名		世帯主との続柄	
出産の年月日	令和 年 月 日	午 前 後 時 分	
出産児の氏名		世帯主との続柄	
出産の種類 (○で囲む)	正 常	早 産 (妊娠 箇月)	流 産 死 産
出産に立ち会った 医師又は助産師 の 証 明	証 明 書 上記のとおり出産したことを証明します。 令和 年 月 日 医師又は助産師 住 所 氏 名		
戸籍担当確認印	印		

次の口座に振り込み願います。

印

振 込 金 融 機 関	口 座 名 義 者	口 座 番 号

※ 医療機関等から交付される代理契約に関する文書の写しを添付してください。