

国民健康保険出産育児支援金支給申請書

一金 30,000 円也

上記金額の支給を申請します。

年 月 日

住 所 上富良野町

申請者

氏 名

㊞

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	
担当者確認印 (出産育児一時金)	㊞		

次の口座に振り込み願います。

㊞

振込金融機関	口座名義者	口座番号