

別記様式第4号

国民健康保険出産育児一時金支給申請書

|   |   |                       |                          |
|---|---|-----------------------|--------------------------|
| 分娩者氏名<br>(育児者)  |   | 世帯主<br>氏 名            |                          |
| 被保険者証<br>記号・番号  | — —   | 世帯主と<br>の 続 柄         |                          |
| 出生児氏名   |   | 世帯主と<br>の 続 柄         |                          |
| 分娩年月日   | 年 月 日                                       | 分娩の<br>種 類            | 正常 流産( ケ月)<br>早産 死産( ケ月) |
| 出産の場所<br>名 称  |   |                       |                          |
| 金 額   | □404,000円 □16,000円 (制度対象分娩加算分)<br>(要 証明印確認) |                       |                          |
| 支給内訳  | 世帯主への支給額 □ 円 □ 医療機関への支給額 □ 円                |                       |                          |
| 振込希望の<br>金融機関名<br><br>(名義人＝<br>世帯主)   | 銀行<br>信用金庫<br>農協<br>漁協                      | 本店・支店<br>本所・支所<br>出張所 | 普通<br>当座                 |
|   |   |                       | 口座<br>番号                 |
|   |   |                       | 名義人                      |
| 上記のとおり申請します。<br><br>年 月 日<br><br>須崎市長 様<br><br>申請人 住 所 _____<br>フリガナ<br>(世帯主)氏 名 _____<br><br>電話番号(携 帯) _____ |   |                       |                          |

母子手帳  
出生届  
死産届  
住民票  
市民課記入欄  
分娩の事実を  
により確認

|      |  |
|------|--|
| 確認者印 |  |
|------|--|