

課 長	係 長	係	合 議

国民健康保険出産育児一時金支給申請書

被保険者証 の記号番号	留 萌		世帯主氏名	
出産した被保険者住所	留萌市	町	丁目	氏 名
個 人 番 号				
出 産 年 月 日	年	月	日	出産の種類等
				正常・死産・その他・双児
上記申請のとおり出産育児一時金 円の支給申請をします。				
	年	月	日	
	住 所 留萌市 町 丁目			
	申請者(世帯主)			
	氏 名 ㊞			
	個人番号			
留萌市長	様			
確認方法及び 確認者の職氏名	上記出産を 母子手帳 ・ 戸籍謄(抄)本 ・ 住民基本台帳 ・ () により確認しました。			
	確認者の職氏名 ㊞			
支 給 方 法	窓 口 払 い ・ 口 座 振 替			
口 座 振 込 先 金 融 機 関 名	銀行 ・ 信用金庫 本 ・ 支店(口座番号)			