

国民健康保険出産育児一時金支給申請書兼請求書

申請・請求金額	円			
被保険者証記号番号	記号	50-	番号	
分娩年月日	年 月 日			
分娩場所				
出生児の氏名			世帯主との続柄	
分娩者の氏名			個人番号	

上記のとおり申請・請求します。  
 年 月 日  
 世帯主 住 所  
 氏 名 印  
 個人番号 

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

  
 羽村市長 あて 電話番号 ( )

(世帯主以外の口座に振り込む場合)  
 委 任 状  
 代理人(受任者)住所  
 氏名  
 私は、上記の者を代理人と定め、出産育児一時金の受領に関する権限を委任します。  
 年 月 日  
 委任者 住所  
 氏名 印

振 込 先

振込先 金融機関名	銀行・信金 農協・信組	普通 ・ 当座	口座番号											
	本・支店		フリガナ											
			口座名義人											

領 収 書

円

ただし、羽村市国民健康保険条例第9条の規定による出産育児一時金として上記の金額を受領しました。  
 年 月 日  
 世帯主 住 所  
 氏 名 印  
 資金前渡受者 電話番号 ( )  
 部 課長あて

決 裁	受付	係	係長	課長	台帳 照合	資格取得年月日	年 月 日
						出産前6か月の保険加入状況	
							国保・社本(1年未満)・社扶・その他 ( )