様式第1号(第4条関係)

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	
			フリガナ	
	本・支店		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 (　)	