

国民健康保険出産育児一時金支給申請書

年 月 日

南相馬市長

個人番号																			
------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

住 所

申 請 者 氏 名
(世 帯 主)

電 話 番 号 ()

被保険者記号・番号
島 9 2 —

分娩した被保険者(出産した人)の氏名	個人番号																			
	(フリガナ)																			
分娩(出生)の種類	<input type="checkbox"/> 正 常 <input type="checkbox"/> 早 産 (妊娠 箇月) <input type="checkbox"/> 死 産 <input type="checkbox"/> 流 産 (人工流産を含みます。)																			
出生児	氏 名	(※死産・流産等の場合は、記載不要です。)																		
	生 年 月 日	年	月	日																
支給申請額	円																			
受領方法	<input type="checkbox"/> 座 振 替									<input type="checkbox"/> 公金受取口座を利用します。										
振込金融機関	金融機関名	<input type="checkbox"/> 銀 行 <input type="checkbox"/> 金 庫 <input type="checkbox"/> 支店 <input type="checkbox"/> 組 合 <input type="checkbox"/> 農 協 <input type="checkbox"/> 支所																		
	店番号及び口座番号	店番号																		
	口座の種類	<input type="checkbox"/> 普通									<input type="checkbox"/> 当座									
	口座名義人(世帯主)	(フリガナ)																		