

様式第2号(第5条関係)

国民健康保険出産育児一時金交付申請書

被保険者記号番号	分娩者氏名	生	年	月	日	世帯主との続柄	
奈27		昭・平					
		年	月	日			
分娩年月日	平成	年	月	日	生産死産の別	生産・死産	
分娩の場所							
生産の場合	出生児氏名		男・女	世帯主との続柄			
	分娩を介助した医師又は助産婦	住	所				
		氏	名				
死産の場合の証明	分娩を介助した医師又は助産婦	死産(ヶ月)したことを証明する					
		平成	年	月	日		
		住	所				
		氏	名				
<p>上記により出産育児一時金390,000円(産科医療保障制度加入機関対象420,000円)と 出産費用 円の差額分 円を支給されたく申請します。</p> <p>平成 年 月 日</p> <p>明日香村長 様</p> <p>世帯主の住所 明日香村大字</p> <p>氏名 印</p> <p>電話番号 0744-54-</p>							
<p>上記申請により国民健康保険から支給を受ける金額の受領を 委任します。</p> <p>平成 年 月 日</p> <p>明日香村長 様</p> <p>世帯主の住所 明日香村大字</p> <p>氏名 印</p>							
振込口座	金融機関名	支店名	口座	口座番号(右詰め)			名義人
			当座 普通				ふりがな()