

# 出産育児一時金支給申請書

被保険証  
記号番号

-

分娩者等の  
氏名

分娩者氏名

国保資格取得年月日 昭・平 年 月 日

出生児氏名

分娩年月日 平成 年 月 日

(死産等の場合は妊娠月数) 月

出生届出年月日

平成 年 月 日

上記のとおり出産育児一時金 金 350,000 円の支給を申請します。

また、下記の口座へ振り込むよう依頼します。

平成 年 月 日

申請者 千 \_\_\_\_\_  
(世帯主)

住所 葦崎市 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_ 印

葦崎市長 殿

電話 \_\_\_\_\_

銀行 支店 \_\_\_\_\_ 口座番号 \_\_\_\_\_

金庫 出張所 普通 \_\_\_\_\_

組合 店 当座 (フリガナ) \_\_\_\_\_

農協 支所 \_\_\_\_\_

口座名義人 \_\_\_\_\_

備考欄

(申請者と口座名義人が違う場合は口座名義人との続柄(関係)、住所等)