

様式第18号(第34条関係)

		支 給 額	受 付
		円	
		支 給 年 月 日	
		年 月 日	
年 月 日	確 認 者 名	資 格	
母子手帳・戸籍住民係にて確認	印	記 録	

国民健康保険出産育児一時金支給申請書				
被 保 険 者 記 号 番 号		生 年 月 日		
分 娩 した 被 保 険 者 名		世 帯 主 と の 続 柄		
分 娩 年 月 日		分 娩 の 種 類	生 産 ・ 死 産	
新 生 児 氏 名		男 ・ 女	世 帯 主 と の 続 柄	
分娩した病院・診療所・産院又は助産婦助	名 称			
	所 在 地			
	医 師 又 は 産 婦 名			
支 給 申 請 額	金	円		
振 込 金 融 機 関 名	銀 行 農 協	本 店 支 店	普 通	口 座 番 号
			当 座	フ リ カ ッ ナ
				口 座 名 義 人
上記のとおり申請します。 年 月 日				
		世帯主 住 所 氏 名 電 話	印	
太子町長 様				

- 注 イ この申請をするときは必ず被保険者たることを証する書類等を提示の上、提出してください。
ロ 出産を証明できるもの（母子手帳その他）を提示してください。