

出産育児一時金支給申請書

金 _____ 円

上記の金額を支給されたく申請します。ただし、内訳は下記のとおり。

令和 年 月 日

美郷町長 様

申請人 住 所 _____

(世帯主) 氏 名 _____

電話番号 () _____

記

被 保 険 者 証 番 号		資格取得年月日 (出産した被保険者)	年 月 日
出産した被保険者の氏名 (母 の 名)		世帯主との続柄	
出 産 の 年 月 日	年 月 日	午前 午後	時 分
フリガナ		世帯主との続柄	
出生児の氏名			
出 産 の 種 類	出産・流産・死産(妊娠 週)		
制度対象分娩の有無	有(産科医療補償制度の対象分娩を証明する印のある領収書の写しを添付) 無		
公 金 受 取 口 座	<input type="checkbox"/> 公金受取口座を利用します。 ※ 給付金等の受取口座として、国に事前登録した公金受取口座を利用する場合は、上記の「 <input type="checkbox"/> 公金受取口座を利用します。」にレ印を記入してください。 ※ 公金受取口座を利用する場合は、口座情報の記載や通帳の写し等は不要です。 ※ 公金受取口座を利用しない場合は、以下の「振込先金融機関」に公金受取口座とは別の口座情報を記載してください。通帳の写し等が必要となります。		
振込先金融機関	銀行	本店・支店	預金種別 1 普通 2 当座
	金庫	本店・支店	口座番号
	農協	本店・支店	フリガナ
			口座名義

委 任 状

<代理人>

住 所 _____

氏 名 _____ (印)

生年月日 昭和・平成 年 月 日

電話番号 _____ - _____

(委任する方からみた続柄： _____)

私は、上記の者を代理人と定め、次の権限を委任します。

- 1 美郷町国民健康保険出産育児一時金の受領に関すること

令和 年 月 日

<委任する方（世帯主）>

住 所 _____

氏 名 _____ (印)

生年月日 昭和・平成 年 月 日

電話番号 _____ - _____

※この委任状は世帯主以外の方に振込みを希望する場合に記入して
申請書と一緒に提出してください。