

第2号様式（第18条）

出産育児一時金支給申請書

年 月 日

多古町長 様

多古町国民健康保険条例施行規則第18条の規定により、下記のとおり申請します。

被 保 険 者 番 号		多					
世 帯 主 (申 請 者)	住 所				電話番号		
	氏 名				個人番号		
	氏 名	世帯主との続柄	生 年 月 日	個 人 番 号			
分 娩 者							
出 生 年 月 日		年 月 日		☐ 単胎 ☐ 多胎 (____児)			
出 生 の 種 類		☐ 生産 ・ ☐ 死産 満____週 (____日)					
分 娩 医 療 機 関 等 の 名 称							
直 接 支 払 ・ 受 取 代 理 制 度 利 用			有 ・ 無				
出 産 育 児 一 時 金 額		直接支払・受取代理分費用額		差引出産育児一時金支給額			
円		円		円			

上記出産育児一時金支給額について、下記のとおり請求します。

☐ 公金受取口座を利用する（利用の場合は口座情報の記入は不要です。） 公金受取口座を登録していない方は、マイナポータルから簡単に登録いただけます。通帳等の写しの提出が不要になります。												
☐ 下記(別紙)口座への振込を希望します ☐ 現金での支給を希望します												
振 込 先	金融機関名	銀　　行 本店 信用金庫 支店 協同組合 本所										
		預金種目	普通・当座 他（　　　）	口座番号								
	口座名義人	フリガナ										
		氏　　名										