

様式第1号（第2条関係）

課長	次長	G L	S L	担当	グループ員

出産育児一時金支給申請書

産科医療保障制度	<input type="checkbox"/> 該当（420,000円）	<input type="checkbox"/> 非該当（400,000円）
被保険者記号番号	—	
分娩被保険者		
世帯主との続柄		
出生年月日	平成 年 月 日	性別 男・女
出生児氏名		
振込先	金融機関名	銀行 支店 信用金庫 支所 農協
	口座番号	普通・当座
	フリガナ 口座名義人	
世帯主と口座名義人が異なる場合は、この欄に署名捺印してください。		
上記名義人口座への振込みを承諾します。 世帯主氏名 ㊟		

上記のとおり、みなかみ町国民健康保険保険給付規則第2条の規定により、出産育児一時金の支給を申請いたします。

なお、支給に際しては、上記金融機関に口座振込みされますよう依頼いたします。

平成 年 月 日

みなかみ町長様

世帯主住所 みなかみ町

氏名 ㊟

電話