

# 国民健康保険出産育児一時金支給申請書

一金 円也

年 月 日

広川町長 様

【申請人】 住 所 広川町大字  
(世帯主)

氏 名 ㊞

個人番号

電話番号

被保険者証の記号番号	103・	世帯主との続柄		
出産した被保険者名		資格取得日	年 月 日	
出産児の氏名		出産年月日	年 月 日	
出産の種類	正 常	異 常 (妊娠 週)	死 産 (妊娠 週)	流 産 ( 日)
住民係の確認	年 月 日 届出受付			
備 考	※資格取得後 6 か月以内に出産した場合、申請理由を記入すること			

口座振込みを希望される方は、下記に記入してください。

金融機関名	店名	種別	口座番号
銀行・農協 信金・信組	本店・営業部 支店・出張所	普通	
フリガナ			
預金者氏名			

支給決定調書(記入の必要はありません)

出産育児一時金総額	直接支払制度支払額	支 給 額
円	円	円

※申請に必要なもの

- 保険証、印鑑、世帯主名義の通帳
- 医療機関等から交付される「直接支払制度」を利用する(しない)旨の書類(合意文書)
- 医療機関の領収書・明細書(産科医療補償制度加入スタンプ確認)