

国民健康保険出産育児一時金申請書

円

上記の金額を下記により申請します。

年 月 日
世帯主 住 所

氏 名

電話番号

美濃加茂市長（氏名）宛

被保険者証の記号番号		出 産 し た				
出 産 年 月 日	年 月 日	被 保 険 者 氏 名				
備 考	死産及び妊娠中絶の場合はその週数 妊娠第 週					
振 込 先	金 融 機 関	銀 行 金 庫 農 協 信 用 組 合 店				
	預 金 種 別	普 通 当 座	口 座 番 号			
	口座名義（カナ）					

世帯主と口座名義人が異なる場合、上記名義人口座への振込に承諾します。

世帯主氏名

上記の保険給付を未納の国民健康保険料に充当することができます。充当する場合は、次の「充当承諾書」に御記入ください。

充当承諾書

年 月 日

美濃加茂市長（氏名）宛

私は上記の保険給付を国民健康保険料に充当することを承諾します。

世帯主氏名

【事務処理欄】

◎資格取得年月日 _____ 事由 _____

差 額 申 請	領収・明細書	備考
自 己 負 担	代理契約に関する文書 領収・明細書（直接払いでない旨の記載）	