

※ 支給決定致したい。	課 長	係 長	係	合 議
支 給 金 額 円				
決 定 年 月 日				
令 和 年 月 日				

国民健康保険出産育児一時金支給申請書

被 保 険 者 証 の 記 号 番 号	岩見沢	被 保 険 者 氏 名	
世 帯 主 から み た 続 柄		出 生 年 月 日	令和 年 月 日
分娩医療機関名			
支払方法	現金	口座振込	<div> <div>銀行</div> <div>金庫</div> <div>農協</div> </div> <div> <div>口座番号(普・当)</div> <div>本・支店</div> <div>フリガナ</div> <div>口座名義()</div> </div>
<p>上記のとおり岩見沢市国民健康保険条例第5条により、出産育児一時金の支給申請します。</p> <p>年 月 日</p> <p>世帯主 住所 岩見沢市</p> <p>氏名</p> <p>電話</p> <p>受領については、_____に委任します。</p> <p>岩 見 沢 市 長 様</p>			

上記申請に基づく出産育児一時金の支給額は下記のとおりである。		受付	担当	確認
審 査 決 定 調 書				
出産育児一時金	医療機関等への直接支払額	残額		
円	円	円		
※ 支 給 決 定 額	円			

支給決定金額のうち 円を国民健康保険料に充当することを了承します。