

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。

被保険者証番号		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		<input type="checkbox"/> 単胎	<input type="checkbox"/> 多胎 (___児)			
出生の種類	<input type="checkbox"/> 生産・ <input type="checkbox"/> 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。

<input type="checkbox"/> 公金受取口座を利用する（利用する場合は口座情報の記入は不要です。） <small>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。</small>			
<input type="checkbox"/> 下記(別紙)口座への振込を希望します <input type="checkbox"/> 現金での支給を希望します			
振込先	金融機関名	銀行 信用金庫 協同組合	本店 支店 本所
	預金種目	普通・当座 他 ()	口座番号
先	口座名義人	フリガナ	
	氏名		