

様式第8号(第17条関係)

決裁	課長	課長補佐	係長	係	支所担当者

国民健康保険出産育児一時金支給申請書

年 月 日

井原市長 殿

住 所

世帯主氏名

電話番号 () —

次のとおり、出産育児一時金の支給を申請します。

被保険者証記号番号	岡6—
出産した被保険者(母親)の氏名	
出産日	年 月 日
申請金額	円

振込指定口座

<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不要) 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。	
個人番号	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> 振込口座を指定する。(下欄の口座情報を記入ください)	
銀行 信用組合 農協	支店 預金の種類 口座番号 フリガナ 口座名義人

上記、出産育児一時金受領に関する権限を、下記代理人に委任します。

(世帯主以外の口座に振り込む場合は、記入してください。)

受領委任記入欄	住 所 世帯主氏名
	代理人 住所 氏名(署名)