

様式第1号(第2条関係)

国民健康保険出産育児一時金請求書

年 月 日

袋井市長

次のとおり、支給金額を請求します。
 なお、支給に際し次の口座への振込を依頼します。

〒

請求者 住所 _____
 (世帯主) 氏名 _____
 連絡先(電話) [_____]

支給金額									円	被保険者証 記号番号
------	--	--	--	--	--	--	--	--	---	---------------

生まれた 方の氏名		続柄		生年 月日	
お産された 方の氏名		資格 取得日		資格取得後6箇月 経過未満 (国・社扶・社本)	
生まれた ところ					

口座振込依頼書					
振込先 口座	金融機関名	店舗名	1 普通	口座 名義人	(フリガナ)
	金融機関コード	店舗コード	2 当座	口座番号	

市記入欄		
・産科医療補償制度に加入の医療機関	である	・ ではない
・直接支払制度の利用	した	・ しない
・出産費用42万円を超えているか	超えた	・ 超えない
【資格取得後6か月経過未満の場合】		
・1年以上の社会保険の加入歴	ある	・ ない
・社会保険への請求	する	・ しない