

様式第8（第8条関係）

国民健康保険出産育児一時金支給申請書						支給決定伺																					
被保険者の記号番号		島65 ー		世帯主名		課長		副課長		係長		係															
分娩年月日		令和 年 月 日		分娩者名																							
出生児名		性別 男・女		体重 g		世帯主との続柄																					
分娩の種類		正常、早産(妊娠 か月)、		流産(人工流産を含む)、		死産																					
両親の国保取得年月日		父： 年 月 日 / 母： 年 月 日		起票年月日																							
上記のとおり申請します。 令和 年 月 日 住所 〒 ー 矢吹町 世帯主 氏名 矢吹町長 様 (電話 ー)						決裁年月日																					
<table border="1"> <tr> <td rowspan="3">振込み希望</td> <td>金融機関名</td> <td colspan="2">支店</td> <td rowspan="3">受付印</td> <td rowspan="3"></td> </tr> <tr> <td colspan="2">口座番号</td> </tr> <tr> <td colspan="2">(フリカ`ナ)</td> </tr> <tr> <td colspan="2">名義人</td> <td colspan="2"></td> <td colspan="2"></td> </tr> </table>						振込み希望	金融機関名	支店		受付印		口座番号		(フリカ`ナ)		名義人						この申請書の内容を検討したところ、適法と認められるので、出産育児一時金として488,000円を支給してよいか伺います。 (※産科医療補償制度に加入する医療機関等において出産した場合は50万円) なお、決定の上は、別紙決定通知書を交付してよいか併せて伺います。					
							振込み希望	金融機関名	支店			受付印															
								口座番号																			
(フリカ`ナ)																											
名義人																											
処 理 確 認																											
証 明 欄						戸籍又は住民登録係の担当者の印																					
上記のとおり分娩したことを証明します。 令和 年 月 日 医師又は 住所 助産婦 氏名 印						被保険者の資格		有・無		台帳整理		済															
						資格取得届		済		税務課確認		済															
						決定通知交付日		令和 年 月 日																			

<備考> 出生届などにより分娩したことが確認できる場合には、医師等の証明は必要ありません。