

様式第13号(第19条関係)

※ この欄には記入しないでください。

整理番号		決 裁 処 理	1	円
資格確認	取得		支給する	
	喪失		2	(理由)
摘要			支給しない	

国民健康保険出産育児一時金支給申請書

被保険者証 記号・番号	丹	出産をした被保 険者(母親)氏名		世帯主 との 続 柄	
		生 年 月 日	昭・平 年 月 日		
申請金額	円				
出産年月日	平成 年 月 日				
出生児の氏名等		男・女	世帯主との 続 柄		
生産・死産の別	生 産 ・ 死 産 (妊 娠 週)				
出産した病院、 診療所、助産所 の名称、所在地	名 称				
	所在地				
上記のとおり申請します。 平成 年 月 日 京丹後市長 様 印 世帯主 住所...京丹後市..... 氏名.....印 電話 (-)					

支 払 場 所 の 指 定	支払指定金融機関	銀 行 金 庫 本 店 支 店 農 協			
	預 金 種 別	普 通 ・ 当 座			
	口 座 番 号				
	口 座 名 義		フリガナ		

(委任の場合)

上記の出産育児一時金の受領を

に委任します。

平成 年 月 日 世帯主氏名

印