

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		苫前									
出産した被保険者の氏名						世帯主との続柄					
出生児の氏名						世帯主との続柄					
出産年月日		年	月	日	出産の種類	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
						正常	早産	流産	死産	双児	その他
確認別及び確認者職氏名		<input type="checkbox"/> 母子手帳 <input type="checkbox"/> 出生届 <input type="checkbox"/> 住民基本台帳 により確認しました。 <input type="checkbox"/> 国保被保険者台帳 <input type="checkbox"/> () 苫前町職員 (職名) (氏名) 印									
備考	出産育児一時金直接支払制度利用				申請額	円					
苫前町長 宛 上記のとおり申請します。 年 月 日 申請者 (世帯主) 住 所 氏 名											
支払方法	現金払 ・ 口座振込	銀行・信金 本・支店			預金種目	普通・当座・納準・別段					
		(フリガナ)			口座番号						
		口座名義人									

※振込先が世帯主名義の口座でない場合は、下の委任状に記入・押印が必要です。

委任状	
私は、(住所) _____ (氏名) _____ (続柄: _____) を代理人と定め、 年 月 日付で申請した苫前町国民健康保険の出産育児一時金の受領に係る権限を委任します。 年 月 日	
委任者 (世帯主) 住 所 _____ 氏 名 _____ 印	