

様式第1号 (第9条関係)

荅北町国民健康保険出産育児一時金支給申請書

金額	円也
----	----

荅北町国民健康保険条例第7条による出産育児一時金を申請します。

被保険者の記号番号	荅北	
世帯主の	住所	荅北町
	氏名	
出産する者の	氏名	
	生年月日	年 月 日
	出産日	年 月 日
出産した医療機関の	所在地	
	名称	
出産等の事実確認	1 資格確認書等	受付印
	2 母子手帳	
	3 戸籍謄本・抄本及び住民票	
	4 死産・流産証明書及び出生証明書	

年 月 日

住所： 荅北町

甲(世帯主)の

氏名： _____

荅北町長 様

支払い方法 口座振込 ・ 窓口払い

請 求 書

¥ _____

上記の金額を、出産育児一時金として請求します。

年 月 日

住 所：

氏 名：

荅北町長 様