

国民健康保険出産育児一時金支給申請書

一金 420,000円 ・ 404,000円 ・ 差額 円也

上記金額を支給されるよう申請します。

ただし下記内訳のとおり

年 月 日

申請者 住所 〒 _____
(世帯主)

氏名 _____ 印 電話番号 _____

伊丹市長
藤原 保幸 殿

振込先	金融機関	支店	(フリガナ) 口座名義人	
	口座種別	普通・当座・ その他 ()	口座番号	
被保険証番号				
出産した 被保険者氏名			世帯主 との続柄	
出産した被保険者の 資格取得年月日	年 月 日			
出生児の氏名			世帯主 との続柄	
出産年月日	年 月 日		性別	男・女
出産の種類	正常、早産 (ヶ月) 流産 (ヶ月) 死産 (ヶ月)			
確認	1. 住民異動届による 2. その他 ()			確認者 印

口座名義人が申請者と異なる場合は委任状も提出してください。

分娩者が資格取得から6ヶ月以内に出産しても、伊丹市国民健康保険条例第7条第2項に該当しない場合は出産育児一時金を支給しますので、下記の欄にも押印願います。

伊丹市国民健康保険条例第7条第2項に
該当しません。 印