用紙サイズ　A4

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					
分　娩　年　月　日	平成　　年　　月　　日				
母　の　氏　名		国民健康保険被保険者取得	昭和、平成　　年　　月　　日		
分　娩　の　種　類					
生まれた子の氏名		世帯主との続柄		性　　別	男・女

口座振込	銀行・信用金庫・農協			本・支店		窓口支払 により、現金支給しました。 受領委任払 により、医療機関に支払いました。なお、差額については、申請者へ支払います。
	普通・当座	口座番号		(フリガナ)		
				口座名義人		

上記のとおり申請いたします。

平　成　　年　　月　　日

住　所

世帯主(　　)

申請者氏名　　印

(電話　　)

草津町長　　様

証明欄	上記のとおり分娩の事実を証明します。 平　成　　年　　月　　日 住　所 医師又は助産師 氏　名　　印 (出生届がしてあれば医師又は助産師の証明は不用)

処理欄	賦課徴収台帳	異動整理簿	被保険者台帳	戸籍出生届との照会	委任払いの場合には医療機関へ分娩費用確認	受付印

標記について、申請を受理しました。

課長	補佐	係長	主査	主任	係