

様式第10号(第10条関係)

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	井み	出産をした被保 険者(母親)氏名		世帯主 との 続柄
個人番号		生年月日	年 月 日	
申請金額	円			
出産年月日	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。 年 月 日 南越前町長 様 世帯主住所 南越前町..... 氏名..... (印) 電話(—)				

支払場所の 指定	支払指定金融機関	銀行 本店 支店 金庫 農協		
	預金種別	普通・当座		
	口座番号			
	口座名義		フリガナ	

※ この欄には記入しないでください。

戸籍係の 確認	生産	住民登録 年月日 戸籍 の届出のあった事を証明する。 (印)
	死産	年月日 死産の届出のあった事を証明する。 (印)