

国民健康保険 出産育児一時金支給申請書

_____ 田也																			
被保険者証 記号・番号	長岡		世帯主氏名																
出産した 被保険者氏名			適用開始 年 月 日																
出産児の氏名			出産年月日	令和	年	月	日												
出産の種類	出生 ・ 死産 (妊娠 週)																		
振 込 先 (ど ち ら か を 選 択)	<input type="checkbox"/> 公金受取口座を利用する ※公金受取口座を登録している方に限ります (以下の口座名義人の個人番号欄を御記入ください)																		
	口座名義人の個人番号			<table border="1" style="width: 100%; height: 20px; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20px;"></td> <td style="width: 20px;"></td> <td style="width: 20px;"></td> <td style="width: 20px;"></td> <td style="width: 20px;"></td> <td style="width: 20px;"></td> <td style="width: 20px;"></td> <td style="width: 20px;"></td> <td style="width: 20px;"></td> <td style="width: 20px;"></td> </tr> </table>															
	※公金受取口座への振込を希望し、上記にチェックを入れた場合は、以下の口座情報欄の記載は必要 ありませんが、記載があった場合には以下の金融機関への振込を優先します。																		
	<input type="checkbox"/> 振込口座を指定する (以下の口座情報欄を御記入ください)																		
金融機関名			銀行 信金 農協 信組	支 店 名				支店 出張所											
口 座 番 号	普通・当座			口座名義人	ふりがな														
					お名前														
上記のとおり申請します。																			
					〒														
令和 年 月 日			申請者		住所														
					氏名			(自署または 記名押印)											
新潟県長岡市長 様					電話														
委 任 状																			
住所																			
氏名					(自署または 記名押印)														
私は、上記の者を代理人と定め、下記の権限を委任します。																			
・ 出産育児一時金の受領に関すること。																			
令和 年 月 日			申請者		住所														
					氏名			(自署または 記名押印)											

入 力	受 付