

国民健康保険出産育児一時金請求書

一金 円也

被 保 険 者 証	記 号		番 号										
世帯主の住所 及び氏名	住 所		氏 名										
出 産 時 関 係 事 項	分 娩 年 月 日	令 和 年 月 日											
	出 産 児 の 氏 名		性 別	男 女									
	分 娩 者 の 氏 名			世 帯 主 と の 続 柄									
	分 娩 者 の 個 人 番 号												
	分 娩 の 種 類	生 産 ・ 死 産 (妊 娠 週)		直 接 支 払 制 度 利 用 の 有 無	有 ・ 無								
分 娩 の 事 実 確 認	上 記 の と お り 出 生 の 届 出 の あ っ た こ と を 確 認 い た し ま す。 戸 籍 事 務 担 当 者 (住 民 登 録 事 務 担 当 者)			印									

上記金額を請求いたします。

令和 年 月 日

世帯主 住所 東海村

氏名

印

個人番号

東海村長様

上記金額を領収いたしました。

令和 年 月 日

世帯主 住所 東海村

氏名

印

東海村会計管理者様

振込先	銀行・信金 信組・農協・その他	支店名	支店
口座番号	普	口座 名義	ふりがな