

琴平町国民健康保険出産育児一時金支給申請書

年 月 日

琴平町長 様

申請者（世帯主）住 所
氏 名
(個人番号)

次のとおり出産育児一時金の支給を申請します。

被保険者証 記号番号	香川32						出産した被保険 者氏名（続柄）	()														
							個 人 番 号															
出 生 年 月 日	年 月 日						出生児氏名	(男・女)														
出産した医療機関等		名 称																				
		所 在 地																				

※ 出産一時金の支給額は基本 _____円となっておりますが、産科医療補償制度加入医療機関等での出産に限り _____円が加算されます。その確認のため、医療機関等が発行した領収書又は請求書の写しを添付してください。

※ 他の健康保険から同様の支給を受ける資格を有する場合は、支給されません。

銀行口座振込依頼書

上記の申請により、私が受領する出産育児一時金を下記の口座へ振り込んでください。
尚、琴平町会計管理者が下記の口座へ振り込んだとき、その代金を受領したものと認めます。

年 月 日

住 所
氏 名
(個人番号)

琴平町会計管理者 様

(銀行・農協・) (支店・支所・)						種 別	普通・当座 その他 ()																				
口座番号						フリガナ																					
						口座名義人																					