様式第16号(第25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  記号・番号 | | 南丹・ | | | 出産をした被保険者(母親)の氏名・生年月日 | |  | | 世帯主との続柄 |  |
| 年　　月　　日 | |
| 出産年月日 | | | 年　　　月　　　日 | | | | | | | |
| 生産・死産の別 | | | 生産　・　死産 | | | 在胎週数 | | 週 | | |
| 出産した病院、診療所等の名称、所在地 | | | 名称 |  | | | | | | |
| 所在地 |  | | | | | | |
| 上記のとおり申請します。  　　　　　　　年　　月　　日  　　　　　　　　　　　　　　　　世帯主住所  氏名　　　　　　　　　　　　　　　　（※）  　　　(※)本人が直接持参又は郵送をしない場合は、押印してください。  電話　　　　　　　－　　　　　　－  　南丹市長　様 | | | | | | | | | | |
| 支払方法 | □公金受取口座を利用する（利用する場合は口座情報の記入不要）  □振込口座を指定する  銀行・農協 ・信金　　　　　　　　本店　　口座種別  　　　　　　　 　　　　　　　　　　　　　　　　　　支店　　（普通・当座）  口座名義（カナ）　　　　　　　　　　　口座番号 | | | | | | | | | |
|
|
| ※世帯主以外の方の口座に振込みをされる場合  　　本申請に基づく給付金の受領に関する権限を代理人に委任します。  　　　　　　　年　　　月　　　日  世帯主　氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印  代理人　住所  氏名 | | | | | | | | | | |

※　以下の欄には記入しないでください。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 決裁処理 | 1　支給する | 支給金額 | 円 |
| 2　支給しない | (支給しない理由) | |