

国民健康保険出産育児一時金差額支給申請書

一金 円 也

上記金額を支給されるよう申請します。

令和 年 月 日

住 所 岡垣町

世帯主

氏 名

TEL

岡 垣 町 長 様

被保険者証の 記号及び番号	69-	被保険者の属す る世帯主名	
出産した被保 険者の氏名		世帯主との続柄	
個人番号			
出産の年月日	令和 年 月 日	午前 午後	時 分
出産児の氏名	申請者との続柄		
出産の種類 (○で囲むこと)	正常 ・ 早産 (ヶ月) ・ 流産 (人口流産を含む) ・ 死産		
出産に立会っ た医師又は助 産師又は出産 を受け付けた 戸籍担当係の 証明	<p style="text-align: center;">証 明 書</p> <p style="text-align: center;">上記のとおり出産したことを証明します。</p> <p style="text-align: center;">令和 年 月 日</p> <p>所在地 医療機関または 公的機関の名称</p>		

早産、死産、流産、の場合は出産に立会った医師又は助産師の証明を必要とする。

窓口 振込	福岡 ・ 遠賀 西日本シティ 北九州 ()	銀行 信用金庫 農協 信用組合	支店・出張所	(普通・当座) 口座番号 _____ フリガナ 名義人 _____
----------	---------------------------------	--------------------------	--------	--

受付者 _____