

國民健康保険  
出産育児一時金支給申請書

記号	番号								
柏崎									産科医療補償制度（加入・未加入）
分娩者氏名									生産または死（流）産の別 生産・死（流）産
分娩年月日 令和 年 月 日									申請者からみた続柄 妻・子の妻・子・本人・他（ ）

振込先	<input type="checkbox"/> 公金受取口座を利用する ※公金受取口座は、世帯主様の口座に限ります。利用する方は口座情報の記入不要です。									
	<input type="checkbox"/> 振込口座を指定する									
	金融機関名 支店名	銀行・信金 農協・信組 労金	本店 支店 出張所	口座番号	普通 当座					
	(フリガナ)									
	口座名義人									

ゆうちょ 通帳記号 1 0 口座番号 1

申請者 (世帯主) 記入欄	上記のとおり申請します。 令和 年 月 日 柏崎市長様								
	〒 一								
	住所								
	氏名								
	個人番号								
	電話番号 ( )								

支給申請額	
分娩費用	円
直接支払額	円
支給決定額	円
支給年月日	令和 年 月 日

委任状									
私は下記の者に対し、貴市から債権受領に関する権限を委任します。									
令和 年 月 日 柏崎市会計管理者様									
委任者(世帯主) 住所 氏名					受任者(分娩者またはその夫) 住所 氏名				

太枠内を記入し、市役所国保医療課、または西山町事務所に提出してください（郵送申請も可能です）。