様式第５号（第２条関係）

国民健康保険出産育児一時金支給申請書

申請種別	○差額支給申請　　○直接支払制度利用なし			
被保険者証の記号番号			世帯主氏名	
分娩年月日	年　　月　　日			
ふりがな		性別	男・女	世帯主との続柄
出生児氏名				
分娩者の個人番号・氏名				※
支給申請額	円			
振込先口座（世帯主）	銀行・金庫 信組・農協	本店　普通 支店　当座 出張所　その他	口座番号	
			口座名義人（カタカナ）	
※摘要	※銀行コード			
	※口座名義人			

上記のとおり申請します。

年　　月　　日

申請者（世帯主）　個人番号

住所

氏名　　㊞　　電話

金　山　町　長

受付時の確認	戸籍簿、住民基本台帳、母子手帳、埋火葬許可簿 別紙証明書添付
確認	受付者氏名

１　申請時に、分娩機関が産科医療補償制度に加入していると確認できるものを添付してください（産科医療補償制度加入の分娩機関で出産した場合に限ります。）。

２　※印欄は、申請者は記入する必要ありません