

出張所係印	被保険者台 帳照合印	主任者印	受付番号	月
			No.	日

## 出産育児一時金支給申請書

平成 年 月 日

光市長様

住所 光市

世帯主

下記のとおり申請します。

氏名

電話番号

被保険者証 記号番号	山10	出生年月日	平成 年 月 日
出生児の氏名		(死産の時妊娠月数)	世帯主との 続柄
産婦の氏名			
申請事項	光市国民健康保険条例第4条の規定による出産育児一時金		

交付決定額	¥	円
-------	---	---

## 請求書

平成 年 月 日

光市長様

住所 光市

請求者

氏名

請求金額	摘要
	出産育児一時金として

支払方法	銀行・信用金庫 農協・労働金庫	支店・支所 出張所
窓口	普通	
口座振替	当座 口座番号	
	(フリガナ)	
	口座名義人	