

様式第1号(第7条関係)

整理番号	国民健康保険出産育児一時金支給申請書				支給決定	課長	補佐	係長	係	
申請金額	円									
被保険者証の記号・番号	佐 渡			被保険者氏名及び個人番号						
分娩年月日	年	月	日	出産児数	単胎 多胎(児)					
分娩区分	1. 生産 2. 死産(妊娠満週) 3. 生産・死産混在									
直接支払制度の利用	有・無			産科医療補償制度の利用	有・無					
口座振替依頼欄	銀行 労働金庫 信用金庫 信用組合 農協 信漁連	本店 支店 出張所 支所	種目	口座番号						
			1 普通 2 当座							
	口座名義	フリガナ								
<p>上記のとおり申請します。</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p style="text-align: center;">世帯主住所</p> <p style="text-align: center;">氏名 _____</p> <p style="text-align: center;">個人番号 _____</p> <p style="text-align: center;">電話番号() _____</p> <p>佐渡市長様</p>										

※ 処理 欄	<input type="checkbox"/> 488,000円支給
	<input type="checkbox"/> 12,000円加算 (産科医療補償制度)
	<input type="checkbox"/> 却下(理由:)

支給決定額
円

収納状況 等確認印
