

受付者	e-AD	Excel

- 国民健康保険出産育児一時金支給申請書
 国民健康保険出産育児一時金差額支給申請書

令和 年 月 日

福津市長 宛

申請者 (世帯主) 住 所 福津市

氏 名

個人番号

電話番号 ()

来庁者 氏 名

保険証記号・番号 —

出産者氏名

出産者個人番号

新生児生年月日 令和 年 月 日

出産育児一時金 488,000円

※産科医療補償制度に加入する医療

機関等において出産した場合は、 **500,000円**

出産育児一時金直接支払制度利用	<input type="checkbox"/> 有(※) ・ <input type="checkbox"/> 無
------------------------	--

※ 代理受取額 円 医療機関()

出産育児一時金差額申請額 円

振 込 先	金融機関名		支店名	
	口座番号(普・当)			
	名 義(カタカナ書)			

※原則世帯主の方へお振込みいたしますが、世帯主以外の方の口座へ振り込みさせていただくことも可能です。
ただし、その場合には委任状が必要です。

※ゆうちょ銀行の方で店名が不明の場合は、口座番号の欄に通帳番号を-(ハイフン)も含めてご記入下さい。