

国民健康保険 出産育児一時金請求書

請求金額 円

被保険者証番号				
分娩者	氏名		個人番号	- -
	生年月日		請求人との続柄	
分娩年月日		年 月 日	生死の別	生・死
出生児の氏名			男女の別	男・女
被保険者への振込先	金融機関名	銀行・金庫 農協・信組		支店・本店 出張所
	口座番号		口座名義 (カタカナ)	
支給決定金額		円		
備考				

上記のとおり能代市国民健康保険給付規則第2条の規定により出産育児一時金を請求します。

令和 年 月 日

能代市長様

住所

請求人
(世帯主)

氏名

印

個人番号

- -

電話番号

- -

(請求人と振込先が異なる場合)

令和 年 月 日

本請求に基づく給付金の受領を代理人に委任します。

(請求人)氏名

印

代理人の氏名

代理人の住所