|  |
| --- |
| 国民健康保険出産育児一時金支給申請一金　　　　　　　　　　　　円也上記金額を請求します。ただし下記内訳のとおり令和　　　年　　　月　　　日　　　　　　　　　　　　　　　　つがる市長　様申請者　住 所氏 名個人番号電話番号　（　　　　　　）　　　　　　－ |
| 振 込 先 | □ | 公金受取口座を利用します。　（利用する場合は口座情報の記入不要）　 公金受取口座を登録していない方は、マイナポータルから簡単に登録いただけます。通帳等の写しの提出も不要になります。　※ただし、代理受領を希望する場合は利用できません。 |
| 金融機関 |  | (ﾌﾘｶﾞﾅ)口座名義人 |  |
|  |  |
| 口座種別 | 普通・当座・その他（　　　　　　　　） | 口座番号　 |  |  |  |  |  |  |  |
| 被保険者記号番号 | つがる | 世帯主氏名 | 　 |
| 出産した被保険者氏名 | 　 | 世　帯　主との続柄 | 　 |
| 　 |
| 出年 | 産月 | の日 |  | 支払種別 | 支　給 |
| 出産の種類 | 正常・早産( ヶ月)　・　流産(　　　ヶ月)　・　死産(　　　ヶ月) |
| 市確認欄 | 出産者の出産日６ヶ月前の保険 |
|  □ 国保（つがる市・他区市町村） □ 社扶 □ 社本（１年未満・１年以上 ⇒ 前社保 （　　　 　 ）確認） | 確認印 |
| 確認者 |  |
| 備　　　　考 |  |